

Frågeformulär inför PSA-provtagning

Namn	Personnummer	Datum
E-postadress	Mobilnummer	

Bakgrund och besvär

Behöver du gå på toaletten ofta? Ja Nej

Om ja, hur ofta? _____

Har du sveda vid urinering? Ja Nej

Om ja, hur ofta och hur lång tid har du haft det? _____

Är din urin rödfärgad? Ja Nej

Om ja, hur länge har det pågått? _____

Har du utretts för prostatasjukdom? Ja Nej

Om ja, när och för vad? _____

Har någon i den närmaste familjen haft prostatacancer? Ja Nej

Om ja, vid vilken ålder insjuknade han? _____

Har du någon njursjukdom? Ja Nej

Om ja, vilken och när insjuknade du? _____

Går du på regelbundna kontroller för någon sjukdom? Ja Nej

Om ja, för vad? _____

Behandlas du med något läkemedel för urinvägsbesvär? Ja Nej

Om ja, vilket? _____

Övrigt som läkaren bör känna till:
