

Cytologia Osadu Moczu- Ankieta (wypełnia pacjent)

Imię i nazwisko:

Adres:

PESEL:

Bardzo proszę o odpowiedź na poniższe pytania celem doprecyzowania wyniku.

1. Czy badanie wykonywane jest po raz pierwszy? Tak Nie, data: wynik:

.....

2. Jakie objawy chorobowe występują u Pana/Pani?

Krwiomocz Bóle w podbrzuszu Inne - jakie?

.....

3. Czy były wykonywane badania usg układu moczowego/cystoskopia?

Tak (proszę dołączyć wynik). Nie.

4. Czy były wykonywane badania hist-pat w procesie leczenia układu moczowego/nowotworu pęcherza moczowego?

Tak (proszę dołączyć wynik). Nie.

5. Czy było wykonywane leczenie chemioterapeutyczne?

Tak, data:..... Nie.

6. Czy było wykonywane leczenie radioterapeutyczne?

Tak, data:..... Nie.