

Raport z biopsji prostaty „in-bore” (Soteria)

PESEL: _____

Data badania: _____

Imię: _____

PSA ng/ml: _____

Nazwisko: _____

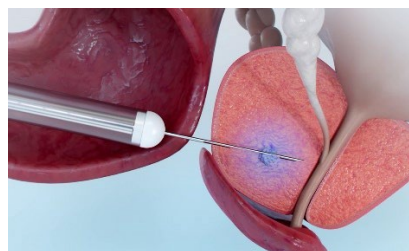
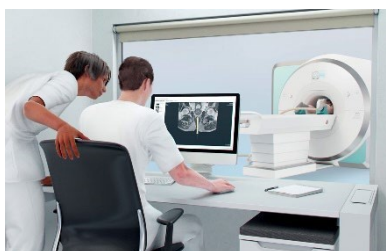
DRE: _____

Wiek: _____

PIRADS v2: _____

Opis MRI prostaty z kontrastem:

- objętość prostaty – cm³
- cT:
- cecha PIRADS v2 zmiany:
- wielkość guza:
- lokalizacja guza:
- naciekanie torebki prostaty (EPE) (obecne/nieobecne):

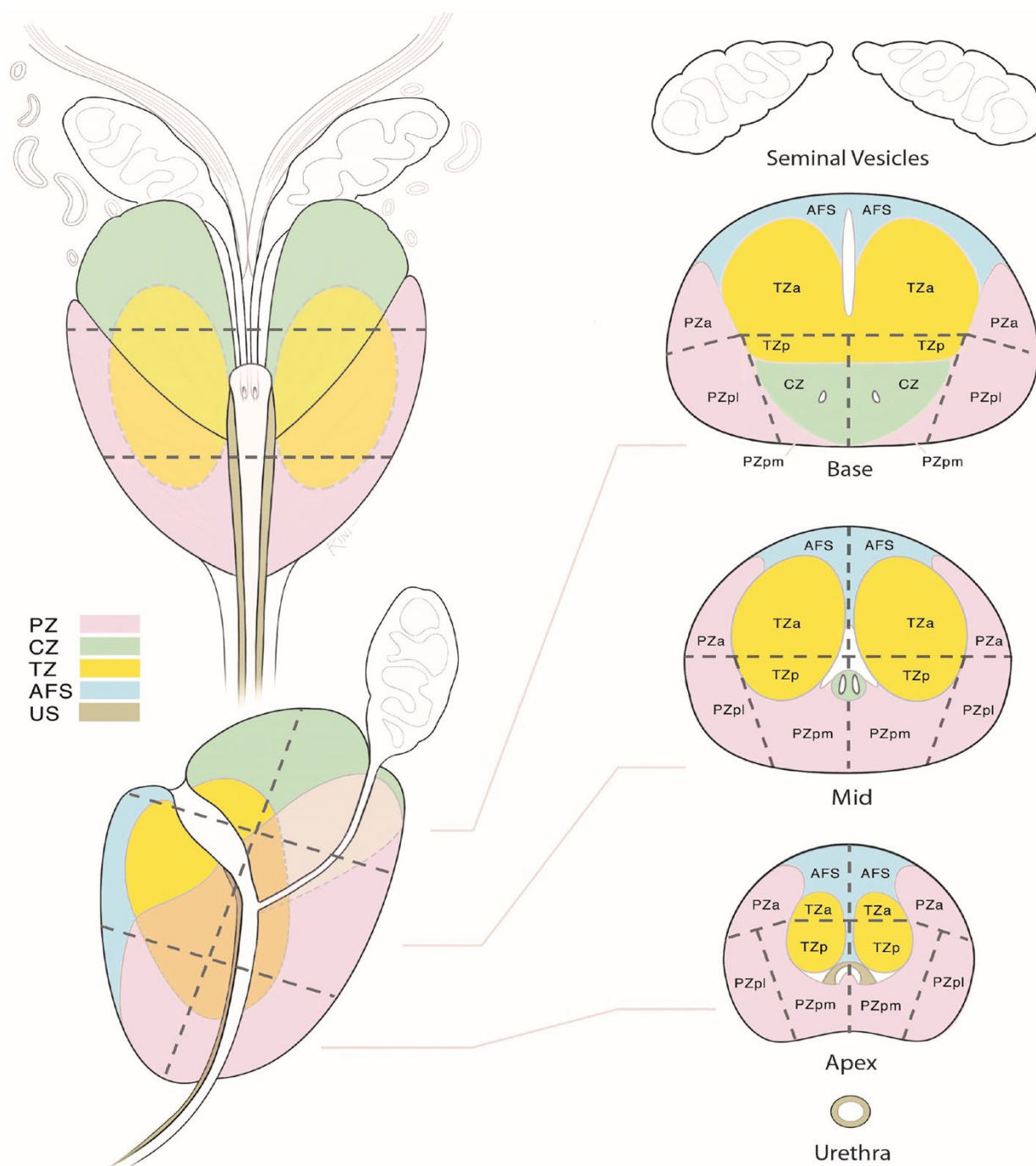


Soteria
Medical

 **affidea**

PI-RADS v2.1

Prostate Imaging – Reporting and Data System Version 2.1 (2019)



PZ – peripheral zone, CZ – central zone, TZ – transition zone, AFS-anterior fibromuscular stroma, US – Urethral Sphincter

Prostate Imaging Reporting & Data System: 2019 Version 2.1. Reston, VA: American College of Radiology; 2019

Biopsja raport:

PŁAT PRAWY	Ilość biopłatów	PŁAT LEWY	Ilość biopłatów
PZ - peripheral zone,		PZ - peripheral zone,	
CZ - central zone,		CZ - central zone,	
TZ - transition zone,		TZ - transition zone,	
AFS - anterior fibromuscular stroma,		AFS - anterior fibromuscular stroma,	
US - Urethral Sphincter		US - Urethral Sphincter	

Zakład Rezonansu Magnetycznego Affidea Gdańsk
Galeria Metropolia,
ul. Kilińskiego 4 (1 piętro)

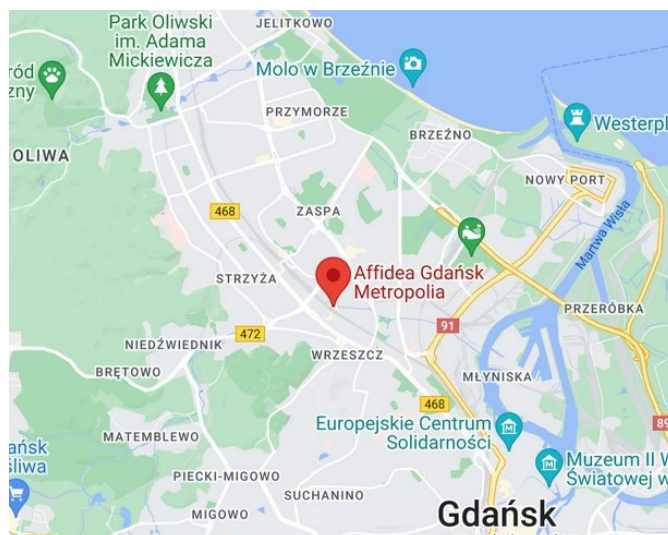


Jeśli masz jakiegokolwiek pytania dotyczące procedury lub adresu, prosimy o kontakt z naszym personelem obsługi pacjenta.

- mail: rejestracja@alfa-clinic.pl
- tel.: 575 701 602
- www.alfa-clinic.pl

Bądź bezpośrednio z Affidea:

- mail: mcm.gdansk@affidea.com
- tel.: 222 552 419
- www.affidea.pl



Dziękujemy i życzymy pomyślnego przebiegu procedury.
 Zespół Alfa Clinic.



Skierowanie na badanie histopatologiczne

Dane pacjenta: PESEL: _____ Imię i nazwisko: _____ _____	Dane placówki kierującej: Nazwa placówki: Alfa Clinic Centrum Medyczne Adres: ul. Gen. Władysława Andersa 20/U1, 80-175 Gdańsk Telefon: 575701602 Email: kontakt@alfa-clinic.pl
--	---

Rozpoznanie kliniczne (ICD-10):

Z03.8 – Obserwacja dla innych podejrzewanych chorób i stanów (w tym nowotwory, gdy nie ma jeszcze potwierdzonego rozpoznania).

Rodzaj materiału do badania:

Materiał pobrany w trakcie biopsji gruczołu krokowego w asyście robota Sotera pod kontrolą rezonansu magnetycznego – in-bore. Pobranie materiału przeprowadzono w następujących lokalizacjach:

PŁAT PRAWY	Ilość bioptatów	PŁAT LEWY	Ilość bioptatów
PZ - peripheral zone,		PZ - peripheral zone,	
CZ - central zone,		CZ - central zone,	
TZ - transition zone,		TZ - transition zone,	
AFS - anterior fibromuscular stroma		AFS - anterior fibromuscular stroma	
US – Urethral Sphincter		US - Urethral Sphincter	

Inne: _____

Podpis lekarza kierującego:_____
(Miejsce na podpis i pieczętkę lekarza)

Data wystawienia skierowania: _____

Informacje dla laboratorium:

Proszę o przesłanie wyników badania do placówki kierującej na adres e-mail: kontakt@alfa-clinic.pl