

「前立腺がんPSA」 西濃地域連携パス No. 2 登録番号 ()

患者氏名

様(病院カルテNo.

かかりつけ医カルテNo.)

かかりつけ医

今後は()カ月毎のPSA 検査をお願いします。
PSA が()ng/mlを超えたとき、泌尿器科へ紹介して下さい。

検査日				PSA 値
西暦	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml

検査日				PSA 値
西暦	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml
	年	月	日	ng/ml

【患者さんへ】

・今回は前立腺癌を疑う所見は認めませんでしたが、今後がんができる可能性は残っていますので、注意が必要です。かかりつけ医と専門医が協力して前立腺癌の早期診断に努めます。

・PSA 値の変動がみられた場合には再度泌尿器科で検査を受けていただくことがあります。

・泌尿器科再受診の目安は、かかりつけ医の先生にお知らせしてありますので、指示に従って下さい。

・泌尿器科での経過観察を希望される場合は遠慮なくかかりつけ医に申し出てください。

【参照】

・PSA に影響を及ぼす薬剤の内服:前立腺肥大症治療薬(アボルブ、プロスタール)、男性型脱毛症治療薬(プロペシア) など。

・PSA 上昇をきたすその他の因子:尿路感染症、前立腺炎、前立腺マッサージ、射精、排尿障害(尿閉など)、尿道カテーテル留置、サイクリングなど。