

Anexo II.

Planilla de recolección de datos

Fecha: _____

Datos generales:

Nombre: _____ **1er apellido:** _____ **2do Apellido:** _____

Edad: _____

Teléfono: _____

Dirección Particular: _____

Municipio: _____ **Provincia:** _____

Casos _____

FACTORES CLINICOS DE RIESGO

Antecedentes patológicos familiares y factores de riesgo:	Variables sociodemográficas y factores de riesgo:
_____ Antecedentes familiares de cáncer de próstata: _____ Sí _____ No	_____ Edad _____ 50 a 59 años _____ 60 a 69 años _____ 70 a 79 años _____ mayor de 80 años
_____ Antecedentes de ITS: _____ Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____	_____ Hábitos tóxicos (hábito de fumar): _____ Sí _____ No
_____ Antecedentes de prostatitis: _____ Sí _____ No	_____ Color de la piel: _____ Blanca. _____ Mestiza. _____ Negra.
_____ Síntomas y signos: _____ Nicturias frecuentes _____ Disuria _____ Chorro fino _____ Goteo terminal _____ Retención de orina _____ Orinas por rebosamiento	_____ Tacto rectal _____ Positivo _____ Negativo _____ PSA _____ Aumentado _____ Normal

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento informado

Policlínico Ceballos

El (la) que suscribe _____ estoy de acuerdo con participar en el estudio de referencia. De manera que autorizo a que se me realicen todas las pruebas necesarias. Para dar este consentimiento he recibido una explicación amplia del Dr. Miguel Adame Grillo, quien me ha informado que:

Esta aprobación es totalmente voluntaria, y no representa ningún compromiso, pues estoy en plena libertad de no aceptarla o de retirarme cuando lo desee, con la garantía de recibir la atención médica adecuada.

En el estudio se le realizarán los siguientes procedimientos: Entrevista, recogida de datos personales, examen de tacto rectal y prueba de PSA.

En caso de que alguna de estas pruebas resulte positiva se realizará el tratamiento adecuado. Se mantendrá la confidencialidad de los datos personales.

Por tanto al firmar este documento, autorizo a que se me incluya en el estudio. Consentimiento que doy a los ____ días, del mes de _____ del año ____.

Firma sujeto: _____

Firma del médico: _____