

CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: Día: / Mes: / Año: _____ Edad: _____
Municipio de Nacimiento: _____
Domicilio de residencia actual: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
¿Cuenta con seguridad social? Sí No ¿Cuál? IMSS ISSSTE PEMEX SEDENA SEMAR
SSA Privado Otro (especifique): _____

Estado global de salud.

¿Se conoce con alguna de las siguientes enfermedades crónicas?

Diabetes Mellitus Hipertensión Dislipidemia Cáncer

¿Tiene familiares de primer grado con cáncer de próstata?

Abuelo paterno Abuelo materno Papá Hermano Hijo

¿Le han realizado previamente alguna revisión de la próstata?

Antígeno prostático Tacto rectal Biopsia

¿Ha recibido tratamiento previo para la próstata?

Toma medicamento Cirugía

En los últimos tres meses ¿Ha presentado sangrado al orinar? Sí No

En los últimos tres meses ¿Siente la necesidad de pujar para poder orinar? Sí No

En los últimos tres meses ¿Ha notado que se corta el chorro al orinar? Sí No

En los últimos tres meses ¿Ha tenido la sensación de no vaciar la vejiga totalmente después de orinar? Sí No

En los últimos tres meses ¿Ha notado que el chorro al orinar es débil? Sí No

En los últimos tres meses ¿Se levanta por las noches al orinar? Sí No

Evaluación del estado nutricional.

¿Cuánto pesa? _____ kg ¿Cuánto mide? _____ m

¿Ha perdido peso en los últimos seis meses, sin razón aparente?

He perdido peso ¿Cuánto peso ha perdido? _____ kg

Evaluación del psicosocial.

¿Durante las últimas dos semanas se ha sentido nervioso o intranquilo?

Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

¿Durante las últimas dos semanas se ha sentido decaído o deprimido?

Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

¿Cómo valoraría en general su calidad de vida durante la semana pasada?

Mala Regular Buena Muy buena Excelente

