



Prescripteur

A RENSEIGNER
OBLIGATOIREMENT

IDENTITE PATIENT(E)

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____ Date de Naissance : __/__/____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Email : _____ Téléphone : _____.____.____.____

N° de sécurité sociale : _____ Rang gémellaire : __ Numéro de centre : _____

FACTURATION

Patient(e) Tiers Payant*

*Joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de la carte mutuelle

RESEIGNEMENTS INDISPENSABLE POUR L'INTERPRETATION DE LA CYTOLOGIE URINAIRE

Date de prélèvement : __/__/____

Mode de prélèvement : Miction Sondage ou Cystoscopie Lavage

Contexte clinique : Dépistage
 Lithiase Hématurie Infection urinaire Hyperplasie prostatique

Tumeur de vessie : suspectée traitée surveillée

Autres tumeurs :

Traitements : Résection Chimiothérapie BCG thérapie Radiothérapie

Autres :

Vessie iléale