



Formulaire RENSEIGNEMENTS CYTOLOGIE URINAIRE

IDENTIFICATION PATIENT

(étiquette ou remplir tous les champs)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : [] Féminin [] Masculin
Adresse :
NISS :
Code Mutuelle :

ETIQUETTE DU PATIENT

MEDECIN PRESCRIPTEUR

(cachet + signature)

MEDECIN(S) A INFORMER

PRELEVEMENT(S) (remplir tous les champs)

Date :

Heure :

URGENT : [] Oui [] Non

CYTOLOGIE URINAIRE / FICHE DE RENSEIGNEMENT

MODE DE PRELEVEMENT

[] Miction [] Sondage ou Cystoscope [] Barbotage

CIRCONSTANCES CLINIQUES

[] Antécédent tumeur urothéliale
Localisation :
Stade :
Grade :
Année :

[] Greffe rénale [] Hématurie [] Autre :

* Remplir correctement et complètement ces informations administratives est une obligation légale

TRAITEMENTS ATUELS

[] BCG [] Mytomycine [] Farmorubicine [] Gemcitabine [] Docetaxel

Date de la dernière résection :

Date de la dernière instillation :

COMMENTAIRES

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN :

Nombre de prélèvements :