

**Demande d'analyse de cytologie urinaire FR-NL****DEMANDE D'ANALYSE DE CYTOLOGIE URINAIRE****IDENTIFICATION PATIENT** (étiquette, ou remplir tous les champs)

Nom : ..... Adresse : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : ...../...../.....  
 Sexe :  Féminin  Masculin NISS .....  
 Code Mutuelle : .....

**MEDECIN PRESCRIPTEUR** (cachet + signature)**MEDECIN(S) A INFORMER****FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

PRELEVEMENT FAIT LE (date + heure) : ..... à .....h

**1- MODE DE PRELEVEMENT :**

Miction  Sondage ou cytoscopie  Barbotage

**2- CIRCONSTANCES CLINIQUES :**

ANTECEDENT TUMEUR UROTHELIALE : - Localisation : .....  
 - Stade : .....  
 - Grade : .....  
 - Année : .....

Greffe rénale  Hématurie  Autre

**3- TRAITEMENTS ACTUELS :**

BCG  Mitomycine  
 Date de la résection : .....  
 Date de la dernière instillation : .....

**4- COMMENTAIRES :**

**Demande d'analyse de cytologie urinaire FR-NL****AANVRAAG CYTOLOGISCH URINAIRONDERZOEK****IDENTIFICATIE PATIENT (klever of velden invullen )**

Naam : ..... Adres : .....  
 Voornaam : .....  
 Geboortedatum : ...../...../.....  
 Geslacht :  Vrouwelijk  Mannelijk  
 NISS : .....  
 Code Ziekenfonds : .....

**VOORSCHRIJVENDE ARTS**  
(stempel + handtekening)**IN TE LICHTEN ARTS(EN)****INLICHTINGENFORMULIER**

AFNAME UITGEVOERD OP (datum + uur) : .....om .....u

**1- WIJZE van AFNAME :**

Mictie  Sondage of cytoscopie  Spoeling

**2- KLINISCHE OMSTANDIGHEDEN :**

VOORGESCHIEDENIS UROTHELIAAL TUMOR : - Localisatie : .....  
 - Stadium : .....  
 - Graad : .....  
 - Jaar : .....

NIERTRANSPLANTIE  HEMATURIE  ANDERE

**3- HUIDIGE BEHANDELINGEN :**

BCG  MITOMYCINE  
 Datum van de resectie : .....  
 Datum van de laatste instillatie : .....

**4- COMMENTAAR :**

Validé le : 18 août 2017

Par : Pr. Sandrine RORIVE

