

## DEMANDE D'ANALYSE DE CYTOLOGIE URINAIRE

### IDENTIFICATION PATIENT

(étiquette ou remplir tous les champs)

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

*ETIQUETTE B-DOC*

### MEDECIN PRESCRIPTEUR

(cachet + signature)

### MEDECIN(S) A INFORMER

### PRELEVEMENT(S) (remplir tous les champs)

Date : .....

Heure : .....

URGENT

#### 1. MODE DE PRELEVEMENT :

Miction     Sondage ou cystoscopie     Barbotage

#### 2. CIRCONSTANCES CLINIQUES :

Antécédent de tumeur urothéliale :  
✓ Localisation : .....  
✓ Stade : .....  
✓ Grade : .....  
✓ Année : .....

#### 3. TRAITEMENTS ACTUELS :

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

#### 4. COMMENTAIRES :

*Si autre prélèvement, voir verso*

### CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN : .....

Nombre de prélèvements : .....

---

**Détail des prélèvements réalisés**

--