



Demande d'examen de pathologie GÉNITO-URINAIRE

Nom

Prénom

Date de naissance

Rue et N°

NPA/Lieu

TÉL:

ID du patient:

Sexe F M

Facture à adresser: Patient Caisse maladie Hôpital Autre

Copie(s) à:

Médecin demandeur

Localisation et prélèvement

1)

2)

3)

4)

EXAMEN EXTEMPORANÉ

TÉL:

Cytologie

Lavage vesical

Lavage urétral à droite à gauche

Urine

Biopsie de prostate (nombre)

___ À DROITE () ___ À GAUCHE ()

___ Basal () ___ Basal ()

___ Central () ___ Central ()

___ Apical () ___ Apical ()

Renseignements cliniques

St.p.

Radiothérapie

Chimiothérapie

Hormonothérapie

Autre:

PSA/ASP

Toucher rectal/Imagerie

Date du prélèvement _____