

Fiche de renseignements cliniques Calculs rénaux et urétéraux

MÉDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE PRÉLEVEUR

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :

Hôpital/service :

.....

Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

Nom :

Hôpital LBM

CP : |_|_|_|_|_| Ville :

Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PATIENT

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Sexe : F M

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

LOCALISATION DU CALCUL

Rein Urètre Autre

MODE D'ÉLIMINATION

Spontané Chirurgical Lithotritie

ÉLIMINATION DU CALCUL ENTIER

OUI NON

HISTORIQUE DE LA LITHIASIS

1^{er} calcul Récidive Anomalie des voies excrétrices

TRAITEMENT EN COURS (EN RAPPORT OU NON AVEC LA LITHIASIS)

.....

ANOMALIES MÉTABOLIQUES CONNUES

OUI NON

INFECTIONS URINAIRES CONNUES

OUI NON