

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE : URINES

### LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Chef de service : **Docteur GUERZIDER** ☎ 02.72.27.85.00

**Docteur BENARD – Docteur GONIN – Docteur OTT**

#### IDENTIFICATION DU PATIENT (ou étiquette patient)

Nom : . . . . .

**Nom de naissance** : . . . . .  
(obligatoire)

Prénom : . . . . .

Date de naissance : . . / . . . / . . .

Sexe : M  F

N°IPP : . . . . .

Service :

Médecin prescripteur :

Double au Docteur :

**Adresse :**

(obligatoire)

**N° S.S. :**

**En rapport avec l'ALD :** Oui

Non

Date du prélèvement : ...../...../.....

Heure du prélèvement :

*Merci d'informer votre patient que le prélèvement sera pris en charge au laboratoire d'anatomie pathologique du centre hospitalier de Saint-Nazaire, et qu'il sera destinataire d'une facture qui pourra faire l'objet d'un remboursement par sa mutuelle dès réception du règlement*

#### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

##### 1- MODE DE PRELEVEMENT :

miction  sondage ou cystoscopie  lavage

##### 2- CIRCONSTANCES CLINIQUES :

lithiase  hyperplasie prostatique  réséquée  oui -  non  
 hématurie  infection urinaire  
 TUMEUR DE LA VESSIE ou autre localisation  
 suspectée  surveillée  autre

##### 3- TRAITEMENTS :

résection  chimiothérapie  immunothérapie  
 radiothérapie  néo-vessie  autre

Date du dernier traitement : .....