



Date de réception :

Analyse(s) de :

☐ calculs☐ cristallurie isolée☐ bilan de lithiase

...../...../.....

NOMPRENOMDate naissance (Age) :...../...../..... (.....ans) Sexe : ☐ H ☐ F

HOSPITALISATION : ServiceMatricule (N°admission) :.....

CONSULTATION : N°soin :.....N°Dossier :.....

EXTERNE à l'HOPITAL: **Hôpital (service)**:.....(**Cabinet** (lieu/médecin responsable):.....

Adresse personnelle patient(e) :Tél (1) :ou Tél (2).....

Poids (Kg) :Taille (cm) :Tour de taille (cm) :TA :.....

Case réservée à l'unité : N° attribué au Calcul :.....

Si ATCD de lithiase : numéro du précédent calcul :.....

Tél et e-mail du **médecin prescripteur** :.....

.....@.....

1) RENSEIGNEMENTS SUR LE CALCUL URINAIRE : **remplir et encercler**✓ ☐ 1^{er} calcul- ☐ Récidive (Nbr de récurrences :.....) / Analyses précédentes à HCN ? (O/ N) année dernière récurrence :.....• Localisation (concernant ce calcul à analyser):

Droite/ Gauche/ Bilatérale Calice/ Pyélon/ Uretère/Vessie/ urètre /

Coralliforme / Autre :

✓ Mode de l'élimination : Spontanée / LEC/ Litho in situ/ Chirurgie percutanée/ Urétéroscopie/ Chirurgie classique✓ Date de l'élimination :...../...../..... Les calculs sont transmis en totalité au laboratoire : (O/N)✓ Circonstances de découverte : CN- Hématurie- Diarrhée- Imagerie (ASP, échographie, scanner...)Infection urinaire (IU)- IU récurrente (O / N) G e r m e s (+ d a t e E C B U) :

Anomalies urologiques :

–Congénitales (JPU / Méga-uretère / Cacchi Ricci /Autre :.....

–Acquises (Adénome Prostatique / Rétrécissement de l'urètre /Autre :.....

2) ANTECEDENTS ET TRAITEMENTS : **remplir et encercler**

✓ Antécédents personnels : Diabète- HTA- Hyperparathyroïdie-maladie intestinale- Autre :.....

✓ ATCDS familiaux de lithiase : (O/N) - Consanguinité (O/N) – Habitudes (O/N) : Tabac-alcool-autres :.....✓ Traitements réguliers :✓ Supplémentation : vitamine D (O/N) – calcium (O/N) - vitamine C (O/N)-autres :.....✓ Autres renseignements cliniques :3) PROFESSION ET HABITUDES ALIMENTAIRES : **remplir**

✓ Profession :

✓ Apport en eau :.....Apport en sel (+ à ++++) :.....

Compléter : Pour la **validation de(s) analyse(s)** de calculs/cristalluries, le bilan doit être **dûment rempli** et **obligatoirement accompagné de copies de**:• Résultats des bilans biologiques sanguins et urinaires :

(Ca, phosphore, acide urique, créatinine, +/- PTH, +/- vitamine D, +/- oxalate, +/- citrate)

• Résultat de l'ECBU

• Résultats de l'imagerie (écho, uro-scanner,) (si demande d'analyse de calcul)

Nom, signature et cachet du Médecin traitant : Dr.....

le...../...../.....