



Demande d'examen : CYTOLOGIE URINAIRE

CASTRES

Dr JB. DECORSIERE

secretariat.castres@inopath.fr - 05 63 51 40 80
26 bd du Maréchal Foch 81100 CASTRES

Réservé au laboratoire

URGENT

Prescripteur

Autre médecin correspondant

*A renseigner obligatoirement

PATIENT

Nom usuel (marital)* : Sexe : H F

Nom de naissance* :

Prénom* : Date de naissance* :

Adresse :

Tel. :

N°Sécurité Sociale* :

Prise en charge* : C2S ALD AME

Régime : CPAM MSA Autre :

Je soussigné(e), refuse que le laboratoire transmette mes renseignements cliniques au centre de gestion de dépistage du cancer ou autres organismes à des fins de recherches cliniques.

Fait à Le / / Signature

Pour les prélèvements non déposés directement au laboratoire, en cas de tiers payant, merci de joindre une photocopie de l'attestation carte vitale et mutuelle.

PRÉLÈVEMENT

Date du recueil* : / / Heure :

Prélèvement : Laboratoire Domicile Cabinet Médical

Mode de recueil : Miction Poche urinaire Cystoscopie

Cytologies sur 3 jours : compléter les données du jour 1 ci-dessus et celles des jours 2 et 3 :

Jour 2 – Date du recueil* : / / Heure :

Jour 3 – Date du recueil* : / / Heure :

Le prélèvement est à transmettre selon les recommandations mentionnées au verso « Modalités de prélèvement ». Le préleveur certifie avoir vérifié l'identité du patient à l'aide d'un document officiel.

DONNÉES CLINIQUES

Contexte clinique : Dépistage
 Hématurie Pathologie tumorale
 Lithiase Infection urinaire
 Cystectomie Hyperplasie prostatique

TRAITEMENT

Résection
 Chimiothérapie
 BCG Thérapie
 Radiothérapie



Demande d'examen : CYTOLOGIE URINAIRE

CASTRES

Dr JB. DECORSIERE

secretariat.castres@inopath.fr - 05 63 51 40 80
26 bd du Maréchal Foch 81100 CASTRES

Réservé au laboratoire

URGENT

Prescripteur

Autre médecin correspondant

*A renseigner obligatoirement

PATIENT

Nom usuel (marital)* : Sexe : H F

Nom de naissance* :

Prénom* : Date de naissance* :

Adresse :

Tel. :

N°Sécurité Sociale* :

Prise en charge* : C2S ALD AME

Régime : CPAM MSA Autre :

Je soussigné(e), refuse que le laboratoire transmette mes renseignements cliniques au centre de gestion de dépistage du cancer ou autres organismes à des fins de recherches cliniques.

Fait à Le / / Signature

Pour les prélèvements non déposés directement au laboratoire, en cas de tiers payant, merci de joindre une photocopie de l'attestation carte vitale et mutuelle.

PRÉLÈVEMENT

Date du recueil* : / / Heure :

Prélèvement : Laboratoire Domicile Cabinet Médical

Mode de recueil : Miction Poche urinaire Cystoscopie

Cytologies sur 3 jours : compléter les données du jour 1 ci-dessus et celles des jours 2 et 3 :

Jour 2 – Date du recueil* : / / Heure :

Jour 3 – Date du recueil* : / / Heure :

Le prélèvement est à transmettre selon les recommandations mentionnées au verso « Modalités de prélèvement ». Le préleveur certifie avoir vérifié l'identité du patient à l'aide d'un document officiel.

DONNÉES CLINIQUES

Contexte clinique : Dépistage
 Hématurie Pathologie tumorale
 Lithiase Infection urinaire
 Cystectomie Hyperplasie prostatique

TRAITEMENT

Résection
 Chimiothérapie
 BCG Thérapie
 Radiothérapie

Recommandations

- ⇒ **Recueillir la 2^{ème} miction.** Les urines de la première miction du matin ou les urines de 24 heures ne sont pas recommandées.
- ⇒ Recueillir les urines de préférence **après un effort physique modéré** de 15-20 minutes (marche à pied, montée d'escalier, ...) après le petit déjeuner.



Ce flacon contient un fixateur alcoolique

- Liquide et vapeurs inflammables H225
- Éviter le contact avec les yeux et la peau
- Ne pas inhaler
- Ne pas avaler

Étapes réalisées par le patient



- ⇒ Se laver les mains avec soin ;

*Pour la qualité du prélèvement, **ne pas jeter le liquide** contenu dans le flacon. Celui-ci est adapté à sa conservation et sans effet nocif.*



- ⇒ Recueillir les urines dans le flacon fourni par votre laboratoire ; Le volume recueilli doit au minimum être équivalent au volume de liquide contenu dans le flacon.

- ⇒ Visser hermétiquement le couvercle pour éviter les fuites et essuyer l'extérieur du flacon ;

- ⇒ **Noter sur le flacon l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance).**

Pour les cytologies sur 3 jours : **conserver les flacons à température ambiante** et transmettre **les 3 flacons au laboratoire** le jour du dernier recueil.

Noter sur chaque flacon l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance)
Identifier chaque flacon par le jour de recueil.

Dans l'intérêt du patient, l'échantillon doit être acheminé au laboratoire
à température ambiante au plus tôt

LABO

Date : / / Heure de réception : Par :

Nombre de flacons :

Saisie CR

Non conforme - Motif :

Recommandations

- ⇒ **Recueillir la 2^{ème} miction.** Les urines de la première miction du matin ou les urines de 24 heures ne sont pas recommandées.
- ⇒ Recueillir les urines de préférence **après un effort physique modéré** de 15-20 minutes (marche à pied, montée d'escalier, ...) après le petit déjeuner.



Ce flacon contient un fixateur alcoolique

- Liquide et vapeurs inflammables H225
- Éviter le contact avec les yeux et la peau
- Ne pas inhaler
- Ne pas avaler

Étapes réalisées par le patient



- ⇒ Se laver les mains avec soin ;

*Pour la qualité du prélèvement, **ne pas jeter le liquide** contenu dans le flacon. Celui-ci est adapté à sa conservation et sans effet nocif.*



- ⇒ Recueillir les urines dans le flacon fourni par votre laboratoire ; Le volume recueilli doit au minimum être équivalent au volume de liquide contenu dans le flacon.

- ⇒ Visser hermétiquement le couvercle pour éviter les fuites et essuyer l'extérieur du flacon ;

- ⇒ **Noter sur le flacon l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance).**

Pour les cytologies sur 3 jours : **conserver les flacons à température ambiante** et transmettre **les 3 flacons au laboratoire** le jour du dernier recueil.

Noter sur chaque flacon l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance)
Identifier chaque flacon par le jour de recueil.

Dans l'intérêt du patient, l'échantillon doit être acheminé au laboratoire
à température ambiante au plus tôt

LABO

Date : / / Heure de réception : Par :

Nombre de flacons :

Saisie CR

Non conforme - Motif :