



# 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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 : .....