

# Questionnaire P Lithiase urinaire

À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

Cachet du médecin traitant

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Prrière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

## Diagnostic :

Diagnostic :

Date de découverte : / /

Date de la dernière consultation : / /

NON OUI

Commentaires

Dates

### Localisation :

Rénale	Droite	Gauche	/	/
Urétérale	Droite	Gauche	/	/
Vésicale				

### Affectation causale

Laquelle ? :

Toujours présente ? : Oui Non

### Calculs éliminés

Persistence : à droite à gauche / /

### Traitement chirurgical :

Néphrectomie	Droite	Gauche	/	/
Autre intervention <a href="#">Joindre une copie des comptes rendus opératoire et histologiques.</a>	Laquelle ? :		/	/
	Résultat opératoire :			

### Examens des urines, test de la fonction rénale réalisés au cours des 3 derniers mois

[\(Joindre une copie des analyses\)](#)

Protéines	Résultats*	/	/
Sucres	Résultats*	/	/
ECBU	Résultats*	/	/
Acide urique	Résultats*	/	/
Créatinine	Résultats*	/	/

Taille : cm Poids : kg Pouls :

Tension artérielle : / Date : / / Traitée :

## IMPORTANT : La communication du dernier bilan urologique est indispensable.

**Veillez SVP adresser directement ce rapport et la note de vos honoraires\* (à concurrence du plafond de la Compagnie), accompagnés impérativement de la proposition d'assurance complétée et signée par l'assuré sous pli confidentiel à : MetLife - à l'attention du Médecin Conseil - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.**

\*Les honoraires ne seront remboursés qu'à réception des documents originaux précités.

Fait à :

Le : / /

Signature du médecin traitant