

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gauche	____ / ____ / ____
Urétérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gauche	____ / ____ / ____
Vésicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Affectation causale

Laquelle ? : _____

Toujours présente ? : Oui Non

Calculs éliminés

Persistence :

à droite

à gauche

____ / ____ / ____

Traitement chirurgical :

Néphrectomie

Droite

Gauche

____ / ____ / ____

Autre intervention

[Joindre une copie des comptes rendus opératoire et histologiques.](#)

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.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113-8 du Code des Assurances)

Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à prevoyance.metlife@cbp-france.eu ou sous pli confidentiel à : Cbp France - Service Prévoyance CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature du médecin traitant



LE TRI + FACILE

