

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

[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

