

EXAMEN URINAIRE NON INVASIF VISIOCYT® BLADDER VITADX

PRESCRIPTION DANS LE CADRE DU REGISTRE TVNIM DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE (AFU)

PRESCRIPTION (à remplir par le médecin)

VisioCyt® Bladder avec cytologie conventionnelle

VisioCyt® Bladder uniquement

ECBU réalisé au laboratoire de ville où le recueil est effectué

Signature du prescripteur

Date de l'examen / /

Prescripteur

Nom du prescripteur

Copie compte-rendu à

Cadre
réservé à
Medipath

N° d'identification

Merci de compléter les données cliniques au verso de ce bon de demande.

INFORMATIONS PATIENT (à remplir par le patient)

Nom

Nom de naissance Sexe : Masculin Féminin

Prénom(s) Date Naiss. / /

Adresse

Code postal Ville

Tél. portable (obligatoire) Tél. fixe






Email (obligatoire)

N° SS. Caisse SS. ALD

Détails à remplir impérativement si le patient n'est pas l'assuré (Nom, prénom et date de naissance)

/ /

J'ai été informé(e) par mon urologue de l'utilisation de l'Intelligence Artificielle pour le diagnostic de mon prélèvement dans le cadre de ma participation au registre TVNIM de l'Association Française d'Urologie. A ce titre, le test VisioCyt®Bladder est pris en charge.

-  Se rendre au lieu de recueil indiqué par votre urologue.
-  Venir la vessie pleine et boire un grand verre d'eau.
-  Réaliser si possible un exercice physique modéré de 15 à 20 minutes : marcher ou monter et descendre des escaliers.
-  Ne pas recueillir les premières urines du matin.
-  Réaliser une toilette locale avant la miction.



RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à remplir par le médecin)

Stade de la maladie : Diagnostic Suivi

TVNIM : Faible risque Risque intermédiaire Haut risque

Traitement : Résection BCG thérapie Chimiothérapie

Date du dernier traitement : / /

Hématurie Lithiase Sonde vésicale Sonde JJ Infection urinaire

ATCD de radiothérapie pour carcinome prostatique

 Statut tabagique (obligatoire) : Fumeur Non-fumeur Ancien fumeur Tabagisme passif

Autre circonstance importante à préciser : _____

PRÉLÈVEMENT (à remplir par les équipes médicales du lieu de recueil)

Date du prélèvement / / Date d'envoi du prélèvement / /

Heure de prélèvement H Heure de fixation H

**Assurez-vous que le statut tabagique a été complété.
Si non, demandez au patient et complétez dans le cadre supérieur.**

Cadre
réservé à
Medipath

Initiales

Nbre de blocs

Cotation

EXTEMPORANÉ

PHOTOS

Désirez-vous
recevoir du
matériel ? OUI
 NON