

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**
  - ECBU réalisé au laboratoire de ville où le recueil est effectué**

Date de l'examen       /    /

Prescripteur \_\_\_\_\_

Nom du prescripteur \_\_\_\_\_

Copie compte-rendu à \_\_\_\_\_

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

VisioCyt® Bladder uniquement

### Signature du prescripteur

Cadre  
réservé à  
Medipath

N° d'identification

## INFORMATIONS PATIENT (à remplir par le patient)

Nom \_\_\_\_\_

Nom de naissance :  Sexe : Masculin  Féminin

Sexe : Masculin  Féminin

Prénom(s) \_\_\_\_\_ Date Naiss. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date Naiss.  /  /

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél. portable (obligatoire) \_\_\_\_\_ Tél. fixe \_\_\_\_\_

Email (obligatoire) \_\_\_\_\_

Nº 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.
  - 👉 Ne pas recueillir les premières urines du matin.
  - 👉 Venir la vessie pleine et boire un grand verre d'eau.
  - 👉 Réaliser une toilette locale avant la miction.
  - 👉 Réaliser si possible un exercice physique modéré de 15 à 20 minutes : marcher ou monter et descendre des escaliers.



## 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