

EXAMEN URINAIRE NON INVASIF VISIOCYT® BLADDER VITADX

PRESCRIPTION DANS LE CADRE DU REGISTRE TVNIM DE L'ASSOCIATION FRANCAISE 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 _____

VisioCyt® Bladder uniquement

Signature du prescripteur

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.
- 👉 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