

Installation : \_\_\_\_\_

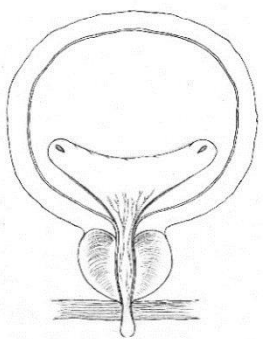
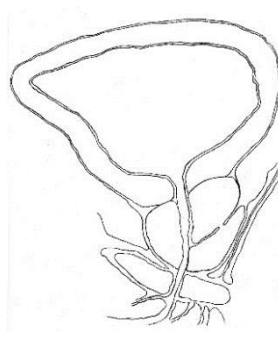
Dossier : \_\_\_\_\_  
Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
AAAA-MM-JJ  
NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM  
Nom de la mère : \_\_\_\_\_

## CYSTOSCOPIE

Date de l'examen : \_\_\_\_\_ AAAA-MM-JJ Heure : \_\_\_\_\_ HH:MM Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Motif de consultation : \_\_\_\_\_

☐ Cystoscope flexible ☐ Cystoscope rigide

| Localisation de la lésion                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>Urètre distal et bulbaire : _____</p> <p>Urètre prostatique : _____</p> <p>Toucher rectal : _____</p> <p>Vessie : _____</p> <p>Examen vaginal : _____</p> <p>Stress test : _____</p> <p>Cystocèle : _____</p> <p>Hypermobilité : _____</p> |
| Impression diagnostique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Intervention                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Cystoscopie normale<br><input type="checkbox"/> Hypertrophie bénigne de la prostate<br><input type="checkbox"/> Incontinence<br><input type="checkbox"/> Tumeur(s) vésicale(s), Nombre : _____<br><input type="checkbox"/> Autre(s) : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Cystoscopie + Extraction de sonde double J<br><input type="checkbox"/> Dilatation urètre<br><input type="checkbox"/> Résection transurétrale de tumeur de vessie (RTUTV) au laser                                    |
| Diagnostic et plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>Diagnostic :</b> _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Nouvelle médication : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Recommandation : _____</p> <p><b>Intervention à planifier :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cystoscopie de contrôle _____ <input type="checkbox"/> Résection transurétrale de prostate <input type="checkbox"/> RTUTV <input type="checkbox"/> Urétropexie TOT</p> <p><b>Examen :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cytologie(s) urinaire(s), Nombre : _____ <input type="checkbox"/> Sevrage de sonde <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Bladder scan post miction : _____ mL et <input type="checkbox"/> aviser l'urologue si supérieur à _____ mL</p> <p><input type="checkbox"/> Usager avisé de revoir urologue dans _____ semaines <input type="checkbox"/> Clinique externe <input type="checkbox"/> Bureau _____</p> |                                                                                                                                                                                                                                               |

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ # permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ AAAA-MM-JJ

CYSTOSCOPIE