

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

DEMANDE DE CYSTOSCOPIE

Diagnostic	
☐ Hématurie → ☐ Micro ou ☐ Macro ☐ Exérèse double J → ☐ Droit et/ou ☐ Gauche ☐ Hyperplasie bénigne de la prostate ☐ Rétention urinaire ☐ Cystite ☐ Résection transurétrale de la tumeur vésicale-Laser vésicale ☐ Autre(s) : _____	☐ Augmentation PSA ☐ Incontinence ☐ Suivi tumeur vésicale
Requête dans : ☐ < 2 semaines ☐ < 6 semaines ☐ < 3 mois ☐ < 6 mois Suivi tumeur vésicale : _____ mois Autre(s) : _____	
Cesser médication ASA/AINS _____ jours avant examen.	
Date : _____ Signature du médecin : _____ N° permis : _____ (AAAA / MM / JJ)	
Réservé préadmission (cystoscopie)	
Réception de la demande : _____ (AAAA / MM / JJ)	
Date de l'examen proposé	
1 ^{er} appel _____ (AAAA / MM / JJ)	☐ usager non rejoint ☐ acceptée ☐ refusée
2 ^e appel _____ (AAAA / MM / JJ)	☐ usager non rejoint ☐ acceptée ☐ refusée
3 ^e appel _____ (AAAA / MM / JJ)	☐ usager non rejoint ☐ acceptée ☐ refusée
Rendez-vous de l'utilisateur	
Date et heure du rendez-vous : _____ ☐ Non présent (AAAA / MM / JJ) (HH : MM)	Signature et titre : 1- _____ 2- _____ 3- _____
_____ ☐ Non présent (AAAA / MM / JJ) (HH : MM)	
_____ ☐ Non présent (AAAA / MM / JJ) (HH : MM)	
Renseignements supplémentaires	
Allergie latex : ☐ Oui ☐ Non	Cadenas : ☐ Oui ☐ Non
Isolement : ☐ Aucun ☐ SARM ☐ ERV	
Notes : _____ _____ _____ _____ _____ _____	