

## Patient

Nom   
 Prénom   
 Rue   
 NP / Lieu    
 Date naiss.  Sexe   
 N° AVS   
 Téléphone    
 Mail

## Destinataire

GLN  RCC   
 Mail

## Assurance

Adresse   
  
 GLN

## Loi/Case

Motif du traitem.   
 Loi   
 N° d'assuré   
 N°/Date d'acc.

## Date de l'examen

urgente     Patient se présente     Prendre rendez-vous dès le   
 Rendez-vous pris le  ::

## Examen demandé

Examen urologique général     Macrohématurie     Autre (veuillez préciser)  
 Dysfonctionnement érectile     Microhématurie  
 Désir d'enfant non satisfait

## Anamnèse / Indication / Question

Rein:  Coliques     Congestion     Douleurs diffuses    Scrotum:  Douleurs     Modifications     Tumeur  
 Vessie:  Infection des voies urinaires     Trouble de la fonction vésicale     Formation d'urine résiduelle: (si mesuré  ml)  
 Prostate:  Hyperplasie     Prostatite     Élévation du PSA: (dernière valeur  ul/l Date )  
 Autres:  Phimosis     Discussion vasectomie     Discussion vasovasostomie

Si vous avez des problèmes d'espace, vous pouvez utiliser la page suivante

## Médecin

Médecin = médecin de famille

Mail   
 GLN  RCC   
 Tél.

## Médecin de famille

Copie des résultats au médecin de fam.

Mail   
 GLN  RCC   
 Tél.

Date

## Transmission électronique

## Remarques