

## **FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES** **CALCULS BIOLOGIQUES**

(A joindre OBLIGATOIREMENT à la demande)

### **DATE DE LA DEMANDE :**

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Sexe F  M

(ou coller étiquette patient)

Poids :

Taille :

Nom et Adresse du PRESCRIPTEUR :

**Premier calcul** Non  Oui

Date d'élimination du/ou des calculs actuels : .....

Nombre de calculs :

Calculs entièrement transmis au laboratoire : Non  Oui

### **CALCULS URINAIRES**

- **Localisation du calcul** :

Rein/calice (supérieur – moyen – inférieur) / Bassinet / Vessie /

Urètre (haut – moyen – bas) / Coralliforme (complet – incomplet) / Jonction  
pyélocalicielle -

Pyélo-urétérale – urétérovésicale.

Côté gauche  Côté droit

- **Elimination** :  spontanée  chirurgicale :

type .....

Sonde de Dormia – de Zeiss – lithotritie – endo – extra-corporelle – autre

.....

- **Circonstances de découverte** : C.N. – Hématurie – Infection(s) urinaire(s)  
– ASP – douleurs lombaires – autres.

### **AUTRES TYPES DE CALCULS**

Préciser : biliaire  salivaire  autre  [préciser .....] ]

**Antécédents personnels** : Non  Oui  [Préciser.....] ]

**Antécédents familiaux** : Non  Oui  [Préciser.....] ]

**Circonstances favorisantes :**

- Malformation de l'arbre urinaire : Non  Oui  [Préciser.....]
- Infection urinaire : Non  Oui  [Préciser.....]
- Autres calculs in situ : Non  Oui  [Préciser.....]
- Traitements réguliers : Sulfamides – Amino Pénicilline – Quinolones – Oxypurinol – Antiviraux – Autres : [Préciser.....]
- Enquête alimentaire Non  Oui  [Préciser.....]
- Eau consommée : Robinet  Source  Minérale   
[Préciser.....]

**Bilan biologique**

Volume	Calcium	Phosphore	Acide urique	Magnésium	Oxalate	Autre