

## FORMULAIRE DE DEMANDE LITHIASES BILIAIRES ET SALIVAIRES

MÉDECIN PRESCRIPTEUR			PATIENT	
Signature :			Date de naissance :	Sexe : □ H □ F
PRÉLÈVEMENT				
Calcul à l'état sec (filtré, rincé et séché) → conservé au propre et à sec, à température ambiante				
Date du prélèvement :				
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES				
RENSEIGNEMENTS SUR LE CALCUL (hors calcul urinaire)				
Localisation	□ Biliaire	□ Salivaire □ Au	tre :	□ Ne sait pas
Mode d'élimination	□ Spontanée	□ Chirurgicale		□ Ne sait pas
Historique	□ 1 <sup>er</sup> calcul	□ Récidive		□ Ne sait pas
HISTOIRE CLINICOBIOLOGIQUE				
Poids:	kg	Taille :	. <b>cm</b>	
□ Surpoids/obésité		□ Sécheresse buccale		□ Candidose orale
□ Grossesse		☐ Infection des voies biliaires		☐ Anomalie des voies biliaires
□ Diabète		□ Goutte, hyperuricémie		□ Tabagisme
□ Autre pathologie chronique à signaler :				
TRAITEMENTS ACTUELS OU PASSÉS				
□ Médicaments anticholinergiques (hyposialorhée) :				
□ Autre traitement chronique :				