

MÉDECIN PRESCRIPTEUR		PATIENT	
<i>Signature :</i>		Nom : .....	
		Prénom : .....	
		Nom de naissance : .....	
		Date de naissance : ..... Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> 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 DES VOIES URINAIRES			
<b>Localisation</b>	<input type="checkbox"/> Rein D <input type="checkbox"/> Rein G	<input type="checkbox"/> Uretère D <input type="checkbox"/> Uretère G	<input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Sur sonde
	<input type="checkbox"/> Vessie	<input type="checkbox"/> Urines filtrées	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
<b>Mode d'élimination</b>	<input type="checkbox"/> Spontanée	<input type="checkbox"/> Chirurgicale	<input type="checkbox"/> Lithotritie <input type="checkbox"/> Ne sait pas
<b>Historique</b>	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> calcul	<input type="checkbox"/> Récidive	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
HISTOIRE CLINICOBIOLOGIQUE			
<b>Poids :</b> ..... kg	<b>Taille :</b> ..... cm		
<input type="checkbox"/> Surpoids/obésité	<input type="checkbox"/> Diabète type II	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	
<input type="checkbox"/> Anorexie	<input type="checkbox"/> Pathologies intestinales ou pancréatiques : .....	<input type="checkbox"/> Maladie autoimmune : .....	
<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/> Hyperparathyroïdie	<input type="checkbox"/> Diabète phosphaté	
<input type="checkbox"/> Antécédents d'infection urinaire/pyélonéphrite	<input type="checkbox"/> Adénome prostatique	<input type="checkbox"/> Malformation de l'arbre urinaire	
<input type="checkbox"/> Goutte	<input type="checkbox"/> Chirurgie bariatrique	<input type="checkbox"/> Cystinurie	
<input type="checkbox"/> Hypercalcémie/Hypercalciurie	<input type="checkbox"/> Hyperoxalurie	<input type="checkbox"/> Hypocitraturie	
<input type="checkbox"/> Autre pathologie chronique à signaler : .....			
TRAITEMENTS ACTUELS OU PASSÉS			
<input type="checkbox"/> Anti-infectieux au long cours : .....		<input type="checkbox"/> Pansements gastriques au long cours	
<input type="checkbox"/> Compléments alimentaires : .....			
<input type="checkbox"/> Allopurinol	<input type="checkbox"/> Acétazolamide	<input type="checkbox"/> Triamtérène	
<input type="checkbox"/> Topiramate	<input type="checkbox"/> Bicarbonates	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	
<input type="checkbox"/> Autre traitement prolongé : .....			