

## CYTOLOGIE URINAIRE

### MÉDECIN

Nom		Prénom	
Adresse		Code postal	Ville

### EXAMEN

Numéro d'examen	
Date de prélèvement	<input type="checkbox"/> URGENT
Nombre de flacons	

### IDENTITÉ DU PATIENT

NOM		Prénom	
NOM de naissance		Date de naissance	

### ADRESSE PATIENT

Téléphone	Email		
Rue, lieu-dit			
Code postal	Ville		

Opposition au traitement des données de dépistage organisé  Accord du patient pour la dématérialisation de la facture

### SÉCURITÉ SOCIALE

Numéro de sécurité sociale	Code régime	Caisse gestionnaire	Bénéficiaire: <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> C2S <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> INVAL
----------------------------	-------------	---------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Joindre impérativement copie attestation de droits

### COMMENTAIRES CLINIQUES PRÉCÉDENTS

--

### CADRE RÉSERVÉ AU CABINET

--