LABORATOIRE NATIONAL
MOHAMMED VI
D'ANALYSES MÉDICALES
LNM6

Fiche de renseignements cliniques

Calculs urinaires

PRE/M-EN-019-V01

PATIENT(E) (Champ obligatoire)

Nom : ..... **Prénom :** .....

Date & lieu de naissance : ..... / ..... / ..... , ... **Sexe :** .....

MEDECIN PRESCRIPTEUR/ LABORATOIRE CORRESPONDANT (Champ obligatoire)

Médecin prescripteur : ..... **Téléphone :** ..... **Email :**	**Nom du Laboratoire correspondant :** ..... **Ville :** ..... **Tél :** .....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Localisation : ☐ Biliaire ☐ Salivaire ☐ Autre

Mode d'élimination : ☐ Elimination spontanée ☐ Chirurgicale

Récidivité : .....

.....

Traitements : .....

.....

Autres renseignements : .....

.....

.....

.....

.....

.....