

Bon de demande d'hospitalisation en HDS d'urologie pour tentative d'ablation de sonde

A faxer au :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE:

CODE POSTAL:

TELEPHONE:

DATE DE CONSULTATION AUX URGENCES :

ANTÉCÉDENTS :

**TRAITEMENT A VISÉE PROSTATIQUE AU MOMENT DE LA
RÉTENTION :**

- Alpha-bloquants : oui /non
- Inhibiteurs 5 α réductase : oui/non
- Phytothérapie : oui/non
- Anticholinergiques : oui/non

VOLUME GLOBE :

GLOBE DOULOUREUX : OUI /NON

VOLUME PROSTATE AU TOUCHER RECTAL :