

Date d'observation :

Externe :

Nom.....**Prénom**.....**Age**.....**Profession**.....

Médecin référent :.....

Motif consultation/d'hospitalisation :

.....
.....

ATCD :

- médicaux :.....

.....

.....

- chirurgicaux :.....

.....

.....

- allergiques :.....

Traitements :

- anti-agrégants/anticoagulants :.....

- autres :

.....

Histoire de la maladie :.....

.....

Examen clinique :

Interrogatoire :

- Syndrome Obstructif : Dysurie..... Jet faible Miction en 2 temps Gouttes retardataires

- Syndrome Irritatif : Pollakiurie Impériosité brûlures mictionnelles

- Nycturie :levers nocturnes

- Hématurie :..... initiale/terminale/totalemicro/macrosopique.....

- Incontinence urinaire : d'effort / par urgence / mixte.....

- douleurs pelviennes / OGE :.....

- SF digestif : transit.....

- SF sexologiques :.....

Examen clinique : Poids..... Taille.....IMC.....Tabac.....Paquets/années

- Abdominal :
- Génital :
- Aires ganglionnaires :
- Touchers pelviens :
- Caractères sexuelles secondaires : gynécomastie, gynoïde/androïde, pilosité.

Examen paraclinique :

- BU/ECBU :
- Fonction rénale :
- Anomalies biologiques :
- PSA / PCA3 :
- Scanner
- IRM :
- Echographie :
- BUD/Débitmétrie :

OBSERVATION CLINQUE QUOTIDIENNE :