

**IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR**

Nom :  
Prénom :  
Code RPPS :  
Tél :  
Messagerie sécurisée :

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom :.....  
Prénom :.....  
Né(e) le .....  
Sexe :  F  M

Prescription relative au traitement de l'affection de longue durée reconnue    oui  non

**Faire effectuer dans un cabinet de radiologie**

Echographie rénale et vésicale :

- Préciser la taille des reins, l'épaisseur du cortex, la différenciation
- Recherche de dilatation des cavités pyélocalicielles
- Préciser si présence de kystes ou de lithiase
- Mesure du résidu post mictionnel

A :.....

Date :.....

Signature du praticien