

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION « SONDE VESICALE »

Date de la demande :

Identité patient

Médecin demandeur :

Contact pour donner le RDV :

**DEMANDE A FAXER AU 03 69 55 17 60 ou** [**Uro.Rdv@chru-strasbourg.fr**](mailto:Uro.Rdv@chru-strasbourg.fr)

**Renseignements cliniques :**

Antécédents majeurs :

Traitements :

Fonction rénale habituelle : DFG \_\_\_ mL/min non connue

Patient autonome pour la marche en fauteuil alité

Transferts réalisés seul avec aide partielle avec aide totale

**Sonde urinaire :** Posée le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ pour le motif suivant :

* RAU avec insuffisance rénale aigue Indiquer créatininémie/DFG au sondage :
* RAU sans insuffisance rénale aigue
* Rétention chronique d’urines Indiquer volume des résidus post mictionnels :
* Hématurie

**Tentative de sevrage de sonde effectuée :**

* Oui Nombre de tentatives : Si 1 échec, réessayer avec protocole ci-dessous
* Non Essayer avec protocole de sevrage ci-dessous

**Protocole de sevrage de sonde vésicale**

Indiqué si RAU sans IRA, rétention chronique d’urines, hématurie résolutive

/ ! \ Contre indiqué si RAU avec insuffisance rénale aigue

A réaliser à distance de l’épisode aiguë, après >48h de traitement par alphabloquant

Ablation de la sonde puis surveillance diurèse et résidu post mictionnel jusqu’à reprise de mictions

Si globe vésical clinique/absence de reprise de mictions avec bladderscan > 300cc : repose de sonde

Si reprise de mictions : poursuite traitement alphabloquant

*Partie réservée au service d’urologie*

* *Consultation sevrage*
* *Consultation simple*
* *Examens complémentaires demandés :*