

**PRESCRIPTION D'EXAMEN ANATOMO-CYTO PATHOLOGIQUE**

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16  
SECRETARIAT : 04 91 22 34 57 / Fax : 04 91 22 35 44

115 - V3

*Fiche de liaison obligatoire pour les Consultations et l'Imagerie IPC*

**Ne pas remplir**  
(Réservé au laboratoire)  
Numéro  
d'enregistrement

<p><b>Renseignements Patient</b> (Étiquette à coller ici) Pour les patients extérieurs :</p> <p>Nom de naissance : Nom usuel : Prénom : Date de naissance : Sexe :</p>		<p><b>Établissement - Service ou UF demandeurs :</b> (si établissement hors IPC - Coordonnées de l'hôpital et du service)</p>			
<p><b>Date de prélèvement :</b> ..... <b>Heure de prélèvement :</b> ..... <b>Demande de BE</b> <input type="checkbox"/> <b>Tél :</b></p>		<p><b>Médecin préleveur :</b> (Nom et Signature obligatoires)</p>		<p><b>Médecin prescripteur</b> (si différent du préleveur) : (Nom et signature obligatoires)</p>	
<p><b>Type de prélèvement :</b> <input type="checkbox"/> cytologie <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Pièce Opératoire <b>Conditionnement :</b> <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Fixé</p>		<p><b>Nombre :</b> Pots : ..... Lames : ..... <b>Nom du protocole :</b> .....</p>			
<p><b>Renseignements cliniques - Hypothèses diagnostiques - Topographie des prélèvements</b></p>					

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE					
DATE DE RÉCEPTION :		Heure de réception et nom :		Conformité de la demande : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
				Motif : .....	
Contact pneumatique :		Médecin Macro Fraiche et lecture :		Heure de fixation :	
BIOPSIES EXTEMPORANÉES					
N° Congel :		Nombre :		Médecin :	
				Technicien :	
Diagnostic :					
Bloc IHC :			Nombre de pots :		
MACROSCOPIE PIÈCES FIXÉES					
DATE :		Médecin :		Technicien/Aide labo :	