

PRESCRIPTION D'EXAMEN ANATOMO-CYTO PATHOLOGIQUE

CARTOGRAPHIE PROSTATIQUE

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

1377 - V3

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

Renseignements Patient
(Étiquette à coller ici)

Pour les patients extérieurs :

Nom de naissance :
Nom usuel :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe :

Établissement - Service ou UF demandeurs :
(si établissement hors IPC - Coordonnées de l'hôpital et du service)

Date de prélèvement : Heure de prélèvement : Demande de BE Tél :

Médecin préleveur :
(Nom et Signature obligatoires)

Médecin prescripteur (si différent du préleveur) :
(Nom et signature obligatoires)

Conditionnement : Frais Fixé Nombre de pots : Nom du protocole :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

LOBE DROIT

Pots N°	Localisation	Pots N°	Localisation
	Apex		Base
	Apex latéral		Base latérale
	Zone médiane		Zone latérale
	Zone médiane latérale		

Autres localisations

LOBE GAUCHE

Pots N°	Localisation	Pots N°	Localisation
	Apex		Base
	Apex latéral		Base latérale
	Zone médiane		Zone latérale
	Zone médiane latérale		

Autres localisations

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

DATE DE RÉCEPTION : Heure de réception et nom : Conformité de la demande : Oui Non
Motif :

Contact pneumatique :

MACROSCOPIE PIÈCES FIXÉES

DATE : Médecin : Technicien/Aide labo :