

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

**PONCTION SOUS ECHO-ENDOSCOPIE**

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

1380 - 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)

**Cytologie conventionnelle :**  Oui  Non **Cytologie Thinprep :**  Oui  Non **RNA later :**  Oui  Non

**Renseignements cliniques - Hypothèses diagnostiques - Topographie des prélèvements**

**RÉSERVÉ AU LABORATOIRE IPC**

<b>Cytologie conventionnelle</b>	Nbre de lames : ...	
<b>Cytologie Thinprep</b>	Oui	Non
<b>Microbiopsies</b>	Oui	Non

<b>Cytologie conventionnelle</b>	Nbre de lames : ...	
<b>Cytologie Thinprep</b>	Oui	Non
<b>Microbiopsies</b>	Oui	Non

<b>Date de réception :</b>	<b>Heure de réception et nom :</b>	<b>Conformité de la demande :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
		Motif : .....		

<b>RENDU</b>	Nb de blocs :	Nb de recoupes :
	Nb de lames de cytologie :	Nb de lames de Thinprep :
<b>Responsable de l'enregistrement :</b>	<b>Technicien :</b>	<b>Date de rendu :</b>