

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

**ANALYSE DE GANGLION SENTINELLE CÔTÉ .....**

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

1440 - 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 initial :  Frais  Fixé Nombre de pots : ..... Nom du protocole : .....

Pot N°	Localisation	Radioactivité Coups/Sec	Intensité de la coloration (0 à +++)	Réservé au labo d'Anapath		
				Taille en mm	Résultat BE	
					Empreintes	Congélation

**RÉSERVÉ AU LABORATOIRE**

DATE DE RÉCEPTION :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	Oui	Non
		Motif : .....		
Contact pneumatique :	Médecin Macro Fraiche et lecture :	Heure de fixation :		

**BIOPSIES EXTEMPORANÉES**

Nombre :	Médecin :	Technicien :
Diagnostic :		

**MACROSCOPIE PIÈCES FIXÉES**

DATE :	Médecin :	Technicien/Aide labo :
--------	-----------	------------------------