

PRESCRIPTION D'EXAMEN ANATOMO-CYTO PATHOLOGIQUE

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

115 - V4

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

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

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