

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

115 - V4

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

*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><br/>(Étiquette à coller ici)<br/>Pour les patients extérieurs :</p> <p>Nom de naissance :<br/>Nom usuel :<br/>Prénom :<br/>Date de naissance :<br/>Sexe :</p>  |  | <p><b>Établissement - Service ou UF demandeurs :</b><br/>(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><br/>(Nom et Signature obligatoires)</p>   |  |
| <p><b>Médecin prescripteur</b> (si différent du préleveur) :<br/>(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 :   |