

PRESCRIPTION D'EXAMEN ANATOMO-CYTO PATHOLOGIQUE

PONCTION SOUS ECHO-ENDOSCOPIE

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

1380 - V4

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

Cytologie conventionnelle	Nbre de lames : ...	
Cytologie Thinprep	Oui	Non
Microbiopsies	Oui	Non

Cytologie conventionnelle	Nbre de lames : ...	
Cytologie Thinprep	Oui	Non
Microbiopsies	Oui	Non

Date de réception :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	Oui	Non
		Motif :		

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