

Anatomie et Cytologie
Pathologiques

Dr A. Boucraut
Dr T. Candau
Pr E. Charafe
Dr E. Durieux
Dr M. Heinisch
Dr L. Mescam-Mancini
Dr F. Pesce
Dr F. Poizat
Dr A. Postolache

PRESCRIPTION D'EXAMEN ANATOMO-CYTO PATHOLOGIQUE

MICRO OU MACRO BIOPSIES DU SEIN

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16

1438 - V4

SECRETARIAT : 04 91 22 34 57 / Fax : 04 91 22 35 44

Ne pas remplir
(Réservé au laboratoire)

Numéro
d'enregistrement

<p>Renseignements Patient (Étiquette à coller ici)</p> <p>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>Conditionnement : <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Fixé Nombre de pots :</p> <p>Type de prélèvement : <input type="checkbox"/> Microbiopsie <input type="checkbox"/> Macrobiopsie Nom du protocole :</p>	

MODE DE PONCTION : Stéréotaxique IRM Echographique

OBJET DE LA PONCTION :

Nodule ou masse Foyer de microcalcifications : Taille du foyer : mm PEV Rehaussement non masse
 Lésion échographique seule Autre image radio (en clair) : Rehaussement masse

CLASSIFICATION RADIOLOGIQUE : ACR1 ACR2 ACR3 ACR4 a b c ACR5

En cas de microcalcifications : Radiographie des carottes Oui Non
Présence de microcalcifications sur la radio Oui Non
Transmission du double de cette radiographie Oui Non

SIÈGE DU PRÉLÈVEMENT : Quadrant en clair (si plusieurs quadrants, faire une fiche séparée) :

TYPE DE PRÉLÈVEMENT :

Microbiopsies : Type : 16G 14G 10G 11G
Nombre de passages Nombre de carottes avec microcalcifications :

Macrobiopsies : Type : 14G 11G 7G
Nombre de passages Nombre de carottes avec microcalcifications :

Cytologie : Lames Cytolyt Autre

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							
N° Congel :		Nombre :		Médecin :		Technicien :	
Diagnostic :							
Bloc IHC :		RPMI :			Nombre de pots :		
MACROSCOPIE PIÈCES FIXÉES							
DATE :		Médecin :			Technicien/Aide labo :		