

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><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> .....</p>  |  | <p><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>Conditionnement :</b> <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Fixé</p>   |  | <p><b>Nombre de pots :</b> .....</p>  |  |
| <p><b>Type de prélèvement :</b> <input type="checkbox"/> Microbiopsie <input type="checkbox"/> Macrobiopsie</p>  |  | <p><b>Nom du protocole :</b> .....</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 :    |              |     |
| <b>BIOPSIES EXTEMPORANÉES</b>    |  |                                    |  |                            |                        |              |     |
| N° Congel :                      |  | Nombre :                           |  | Médecin :                  |                        | Technicien : |     |
| Diagnostic :                     |  |                                    |  |                            |                        |              |     |
| Bloc IHC :                       |  | RPMI :                             |  |                            | Nombre de pots :       |              |     |
| <b>MACROSCOPIE PIÈCES FIXÉES</b> |  |                                    |  |                            |                        |              |     |
| DATE :                           |  | Médecin :                          |  |                            | Technicien/Aide labo : |              |     |