

PRESCRIPTION D'EXAMEN ANATOMO-CYTO PATHOLOGIQUE

EXÉRÈSE MAMMAIRE

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

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

1439 - V4

Renseignements Patient

(Étiquette à coller ici)

Pour les patients extérieurs :

Nom de naissance :
Nom usuel :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe :

Etablissement - 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)

Conditionnement : Frais Fixé Nombre de pots : **Nom du protocole :**

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 :		

