

PREScription D'EXAMEN ANATOMO-CYTO PATHOLOGIQUE

BIOPSIES PROSTATIQUES PAR VOIE TRANSPÉRINÉALE

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

1365 - V1

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)
Conditionnement : ☐ Frais ☐ Fixé Nombre de pots : Nom du protocole :		
Technique : ☐ Transrectale ☐ Transpérinéale*		

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

LOBE DROIT				LOBE GAUCHE			
Pots N°	Localisation	Pots N°	Localisation	Pots N°	Localisation	Pots N°	Localisation
	Antérieur latéral		Postérieur latéral		Antérieur latéral		Postérieur latéral
	Antérieur médian		Postérieur central		Antérieur médian		Postérieur central
	Moyen latéral		Postérieur médian		Moyen latéral		Postérieur médian
	Moyen médian				Moyen médian		
Autres localisations				Autres localisations			

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

DATE DE RÉCEPTION :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	Oui	Non
		Motif :		
Contact pneumatique :				
MACROSCOPIE PIÈCES FIXÉES				
DATE :	Médecin :	Technicien/Aide labo :		