Département de Biopathologie Pr Luc Xerri

Anatomie et Cytologie Pathologiques

Pr E. Charafe

Dr E. Durieux Dr M. Heinisch INSTITUT PAOLI-CALMETTES unicancer Marseille

Département de Biologie du cancer : Pr Hagay Sobol Dr A. Boucraut Dr T. Candau

PRESCRIPTION D'EXAMEN ANATOMO-CYTO PATHOLOGIQUE

Ne pas remplir

(Réservé au laboratoire)

1365 - V1

Numéro d'enregistrement

Dr M. Heinisch Dr L. Mescam-Mancini Dr F. Pesce Dr F. Poizat Dr A. Postolache	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					

Dr A. Post		,	Secrétariat : 04 91 22	34 57 / Fo	ax : 04 91 2	22 35 44			
Renseignements Patient (Étiquette à coller ici)				Établissement - Service ou UF demandeurs : (si établissement hors IPC - Coordonnées de l'hôpital et du service)					
	Pour les patients e	xtérieurs	:						
Nom u Prénon									
Date d	e prélèvement : Ho	eure de	prélèvement :	D	emande d	le BE 🗆 Tél :			
	ein préleveur : et Signature obligatoires)					teur (si différent du pré obligatoires)	eleveur) :	:	
Condit Techni		∃ Fixé ale □	Nombre de pots Transpérinéale*	:	ı	lom du protocole :			
			RENSEIGNEME	HIO OLIN	.4010				
LOBE DROIT				LOBE GAUCHE					
Pots N°	Localisation	Pots N°	Localisation	Pots N°	Loca	isation	Pots N°	Localisa	ition
	Antérieur latéral		Postérieur latéral		Antérieur latéral			Postérieu	r latéral
	Antérieur médian		Postérieur central		Antérieur médian			Postérieu	r central
	Moyen latéral		Postérieur médian		Moyen latéral			Postérieur	r médian
	Moyen médian				Moyen	médian			
Autres localisations			Autres localisations						
			RÉSERVÉ AU	LABORAT	TOIRE				
DATE DE RÉCEPTION : Heure de		de réception et nom : Cor		Conformité de la demo	ınde :	Oui	Non		
						Motif :			
Contac	ct pneumatique :								
			MACROSCOPII	PIECES F	IXEES				
DATE : Médecin :					Technicien/Aide Id				