

PRESCRIPTION D'EXAMEN ANATOMO-CYTO PATHOLOGIQUE

EXÉRÈSE MAMMAIRE

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

1439 - V5

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

<p align="center">Renseignements Patient (Étiquette à coller ici)</p> <p align="center">Pour les patients extérieurs :</p> <p>Nom de naissance :</p> <p>Nom usuel :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Sexe :</p>	<p align="center">Etablissement - 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 : Frais Fixé Nombre de pots : Nom du protocole :</p>	

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 :		

