

PRESCRIPTION D'EXAMEN ANATOMO-CYTO PATHOLOGIQUE

ANALYSE DE GANGLION SENTINELLE CÔTÉ

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

1440 - V5

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

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

Pot N°	Localisation	Radioactivité Coups/Sec	Intensité de la coloration (0 à +++)	Réservé au labo d'Anapath		
				Taille en mm	Résultat BE	
					Empreintes	Congélation

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				
Nombre :	Médecin :	Technicien :		
Diagnostic :				
MACROSCOPIE PIÈCES FIXÉES				
DATE :	Médecin :	Technicien/Aide labo :		