

* renseignement obligatoire

Date et heure* : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Contact: nom, n° tél. complets* :

Patient	Médecin prescripteur
Matricule, sexe* _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nom, prénom* _____
Nom* _____	Code médecin _____
Nom de jeune fille* _____	Signature* _____
Prénom* _____	Adresse _____
CP, Localité* _____	Adresse e-mail _____
N° et rue* _____	
Caisse de santé _____	

Copies pour (nom* , prénom*) : _____

Conditionnement

Nombre de flacons* _____

Date du prélèvement* _____

Heure du prélèvement* _____

Biopsie	<input type="checkbox"/> fixé	<input type="checkbox"/> non fixé
Pièce opératoire	<input type="checkbox"/> fixé	<input type="checkbox"/> non fixé
Cytologie (liquide)	<input type="checkbox"/> fixé	<input type="checkbox"/> non fixé
Cytologie (lames)	<input type="checkbox"/> fixé	<input type="checkbox"/> non fixé





Renseignements cliniques et hypothèse(s) diagnostique(s) clinique(s)* (en MAJUSCULES svp)

Organe et latéralité : _____

En annexe : CD radiologie photo rapports

Réservé au service d'anatomie pathologique

	paraphe _____	Distrib. pathol. _____	
	Macro simple _____	Colorations sp. _____	
	Macro complexe _____	Immunohisto. _____	
	Inclusion paraff. _____	Cytologie _____	
	Coupes _____	Extemporéné _____	
	Etiquettes _____	Décalcification _____	

(début)
(fin)