

Demande d'examen d'anatomie pathologique

* renseignement obligatoire	Date et heure *: _ _ _ _ _ _ _ _
Patient	Médecin prescripteur
Matricule, sexe*	☐ F Nom, prénom*
Nom*	Code médecin
Nom de jeune fille*	Signature *
Prénom*	Adresse
CP, Localité [*]	
N° et rue [*]	Adresse e-mail
Caisse de santé	
Copies pour (nom [*] , prénom [*]) :	
Date	e et heure du èvement *: Peau : rétraction / ulcération / érythème Taille (maximum, en cm) :
Type d'aiguille: Tru-cut manuel □ / pistolet automatique □ / mammotome-Vacora l Localisation : palpation □ / stéréotaxie X-ray □ / échographique □ / autre □	
Adéquation : aiguille dans la lésion □ / douteuse □ / aiguille en dehors de la lésion □ Contrôle XR des carottes : calcifications présentes □ / présence douteuse □ / abser	
	nalie totalement réséquée : oui 🗆 / non 🗆
Commentaires	
Réservé au service d'anatomie pathologique paraphe	paraphe
	rib. pathol.
	prations sp.
	nunohisto.
	ologie
Coupes Exte	emporané
Etiquettes ———— Déca	alcification (début)