Demande d'examen
Programme de dépistage organisé du cancer colorectal

* renseignement obligatoire

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

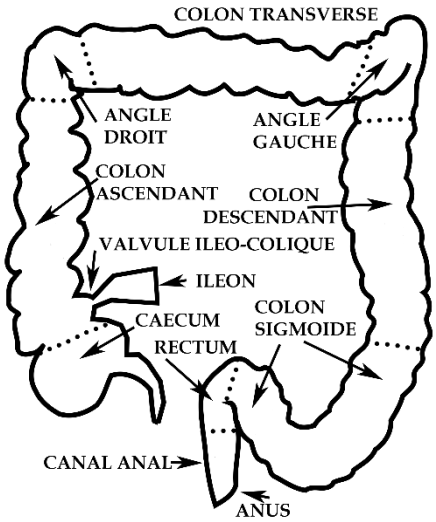
Patient		**Médecin prescripteur**	
Matricule, sexe*	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ M ☐ F	Nom, prénom*	
Nom*		Code médecin	
Nom de jeune fille*		Signature*	
Prénom*		Adresse	
CP, Localité*			
N° et rue*		Adresse e-mail	
Caisse de santé			

Copies pour (nom*, prénom*) : (1)

Conditionnement : Nombre de flacons* ..... Heure de prélèvement* ..... Biopsie ☐ fixé ☐ non fixé

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

Latéralité :



1) .....
2) .....
3) .....
4) .....
5) .....
6) .....

Notes:

En annexe : ☐ CD ☐ radiologie ☐ photo ☐ rapports

Réservé au service d'anatomie pathologique

	paraphe		paraphe
Déballage		Distrib. pathol.	
Macro simple		Colorations sp.	
Macro complexe		Immunohisto.	
Inclusion paraff.		Cytologie	
Coupes		Extemporané	
Etiquettes		Décalcification	(début) (fin)

Service d'anatomie pathologique
Laboratoire national de santé | 1, rue Louis Rech | L-3555 Dudelange
tél. (+352) 28100-345 | fax (+352) 28100-342 | pathologie@lns.etat.lu
Ce document est disponible sur le site www.lns.public.lu/publications

(1) Une copie de ce rapport sera envoyée au « Programme de dépistage organisé du cancer colorectal » (PDOCCR) du Ministère de la santé