

* renseignement obligatoire

Date et heure* : _____

Patient

Matricule, sexe* _____ M F

Nom* _____

Nom de jeune fille* _____

Prénom* _____

CP, Localité* _____

N° et rue* _____

Caisse de santé _____

Médecin prescripteur

Nom, prénom* _____

Code médecin _____

Signature* _____

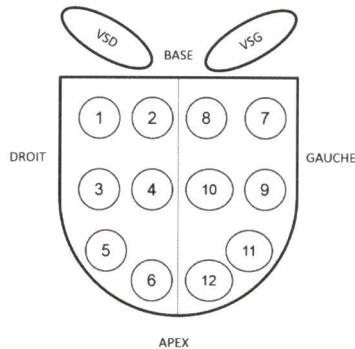
Adresse _____

Adresse e-mail _____

Copies pour (nom*, prénom*) : _____

Site des lésions

- 1 Base latéral droit
- 2 Base médial droit
- 3 Milieu latéral droit
- 4 Milieu médial droit
- 5 Apical latéral droit
- 6 Apical médial droit
- 7 Base latéral gauche
- 8 Base médial gauche
- 9 Milieu latéral gauche
- 10 Milieu médial gauche
- 11 Apical latéral gauche
- 12 Apical médial gauche



Nombre de flacons* _____
Date et heure du prélèvement* : _____

PSA : _____
TR : _____
Volume : _____

Logo de l'hôpital

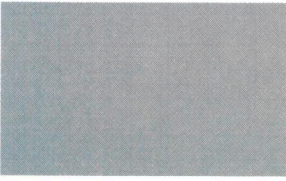
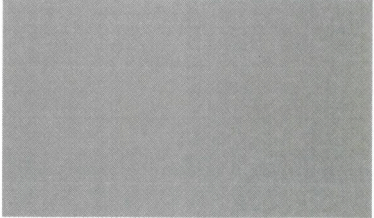
Copie archives : *Dr. Responsable*

Biopsies supplémentaire : _____

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

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 _____	Extemporane _____	
	Etiquettes _____	Décalcification _____	