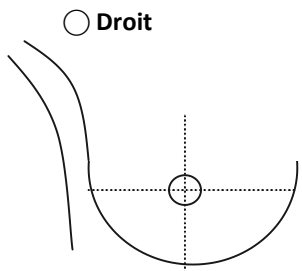
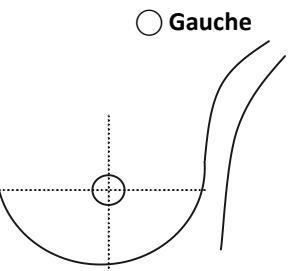


\* renseignements obligatoires (à défaut, le dossier fera l'objet d'une non-conformité)

<b>Patient</b> <b>Matricule#, sexe*</b>                                 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <b>Nom*</b> (Nom de naissance) _____ <b>Nom d'époux</b> _____ <b>Prénom*</b> _____ <b>Date de naissance*</b> _____ <b>N° et rue*</b> _____ <b>CP, Localité*</b> _____	<b>Médecin prescripteur</b> <b>Nom, prénom*</b> _____ <b>Code médecin*</b> _____ <b>Adresse e-mail*</b> _____ <b>N° téléphone*</b> _____ <b>Établissement de santé</b> _____ <b>Signature*</b> _____
--	--

#matricule = CNS uniquement ; ajouter ici les autres numéros d'assurance sociale

**Copies pour (nom\*, prénom\*, code médecin) :**

<b>Latéralisation et site de(s) la lésion(s)* (si bilatérale, 2 demandes)</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="radio"/> Droit   </div> <div style="text-align: center;"> <input type="radio"/> Gauche   </div> </div>	<b>Conditionnement</b> <b>Nombre de flacons*</b> : _____ <b>Date du prélèvement*</b> :        /        / <b>Heure du prélèvement*</b> :        h /        min <b>Prélèvement*</b> : <input type="radio"/> fixé <input type="radio"/> non fixé
---	---

**Examen clinique sénologique\***

<b>Mamelon</b> : présence d'une lésion ou d'un écoulement <input type="checkbox"/>	<b>Peau</b> : rétraction <input type="checkbox"/> / ulcération <input type="checkbox"/> / érythème <input type="checkbox"/>
<b>Palpation</b> : lésion palpable <input type="checkbox"/> / palpation douteuse <input type="checkbox"/> / lésion non palpable <input type="checkbox"/> / inconnu <input type="checkbox"/>	<b>Taille</b> (maximum, en cm) : .....
<b>Diagnostic</b> : bénin <input type="checkbox"/> / bénin probable <input type="checkbox"/> / malin probable <input type="checkbox"/> / malin <input type="checkbox"/> / inconnu <input type="checkbox"/>	<b>Ganglions lymphatiques</b> : NO <input type="checkbox"/> / N1 <input type="checkbox"/> / NX <input type="checkbox"/>

**Imagerie médicale\***

**Lésion** : présente  / présence douteuse  / absente  / inconnu       **Taille** (maximum, en cm) : .....

**Type de lésion** : masse solide - tumeur  / kyste  / calcifications  / anomalie de trame  / autre\*

**Catégories diagnostiques** : ACR 1  / ACR 2  / ACR 3  / ACR 4  / ACR 5  / inconnu

**Discordance entre méthodes** : .....

**Procédure de prélèvement\***

**Type d'aiguille** : Tru-cut manuel  / pistolet automatique  / mammotome-Vacora  / autre\*       **Diamètre d'aiguille** (gauge) : .....



**Localisation** : palpation  / stéréotaxie X-ray  / échographique  / autre\*

**Adéquation** : aiguille dans la lésion  / douteuse  / aiguille en dehors de la lésion  / inconnue

**Contrôle XR des carottes** : calcifications présentes  / présence douteuse  / absentes  / clichés non réalisés

**Nombre de carottes** (avec calcifications / nombre total) : ...../.....      **Anomalie totalement réséquée** : oui  / non

**Commentaires**

<b>Réservé au service d'anatomie pathologique</b>			
<b>DaVinci</b>  Paraphe et date :	<b>Étape de traitement</b> Vérification technique (Paraphe et date):  Coupe (paraphe):	<b>Non-conformité</b> Pré-analytique <input type="checkbox"/> Analytique <input type="checkbox"/> Post-analytique <input type="checkbox"/> NC résolu <input type="checkbox"/>	<b>GLIMS</b>  Paraphe et date :