

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

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

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



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

Conditionnement	
Flacon 1 _____	<input type="checkbox"/> non fixé <input type="checkbox"/> fixé <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Cytolyt <input type="checkbox"/> Lame
Flacon 2 _____	<input type="checkbox"/> non fixé <input type="checkbox"/> fixé <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Cytolyt <input type="checkbox"/> Lame
Flacon 3 _____	<input type="checkbox"/> non fixé <input type="checkbox"/> fixé <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Cytolyt <input type="checkbox"/> Lame
Flacon 4 _____	<input type="checkbox"/> non fixé <input type="checkbox"/> fixé <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Cytolyt <input type="checkbox"/> Lame
Flacon 5 _____	<input type="checkbox"/> non fixé <input type="checkbox"/> fixé <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Cytolyt <input type="checkbox"/> Lame
Date du prélèvement* : / /	Heure du prélèvement* : h / min

POUMON				
Expectoration <input type="checkbox"/>	Lavage broncho-alvéolaire <input type="checkbox"/>	Aspiration bronchique <input type="checkbox"/>	Instillé (ml): _____	Retour (ml): _____
Liquide Pleural <input type="checkbox"/>	Lavage pleural <input type="checkbox"/>	Droite <input type="checkbox"/>	Gauche <input type="checkbox"/>	Supérieur <input type="checkbox"/>
Brossage <input type="checkbox"/>	Localisation	TBNA <input type="checkbox"/>	TTNA <input type="checkbox"/>	Autre: _____
Masse Solide <input type="checkbox"/>	Kystique <input type="checkbox"/>	Mixte <input type="checkbox"/>	Taille (cm) _____	Aspect radiologique
Médicaments _____		Inflammatoire <input type="checkbox"/>		
Antécédents:		Tumoral <input type="checkbox"/>		
Ganglion lymphatique médiastinal		Stade cTNM _____		
4R <input type="checkbox"/>	4L <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	11R <input type="checkbox"/>	11L <input type="checkbox"/>
Autre _____				

PANCREATOBILIAIRE									
Voie biliaire <input type="checkbox"/>	Cholédoque <input type="checkbox"/>	Pancréas <input type="checkbox"/>	Tête <input type="checkbox"/>	Corps <input type="checkbox"/>	Queue <input type="checkbox"/>	Autre _____	ERCP Brossage <input type="checkbox"/>	EUS Trans gastrique <input type="checkbox"/>	Trans duodénale <input type="checkbox"/>
Masse : Solide <input type="checkbox"/>	Kystique <input type="checkbox"/>	Uniloculaire <input type="checkbox"/>	Mixte <input type="checkbox"/>	Lésion: unique <input type="checkbox"/>	multiple <input type="checkbox"/>	Taille (cm) _____	Aspect radiologique: Inflammatoire <input type="checkbox"/>		
Masse Péripancréatique <input type="checkbox"/>	Rétropéritonéal <input type="checkbox"/>	Ganglion <input type="checkbox"/>	Rate <input type="checkbox"/>	Autre _____					
Dilatation <input type="checkbox"/>	Sténose <input type="checkbox"/>	Canal principal <input type="checkbox"/>	Canal secondaire <input type="checkbox"/>	Pancréatite associée <input type="checkbox"/>					
Autre _____									
CEA _____	Amylase _____	Ig64 _____	Marqueurs _____						

Remarque : MERCI BIEN DE JOINDRE LE RAPPORT ENDOSCOPIQUE

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