

* **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 ⁽¹⁾(nom*, prénom*, code médecin) :

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

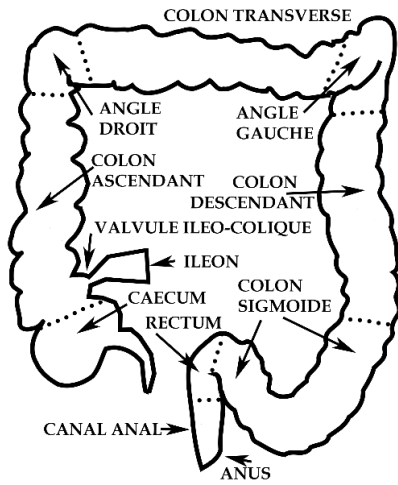
Conditionnement

Nombre de flacons* : _____ Date d prélèvement* : / / Heure du prélèvement* : h / min

Biopsie fixé non fixé

Renseignements cliniques et hypothèse(s) diagnostique(s) clinique(s)*

Latéralité* :



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

Notes:

En annexe : CD radiologie photo rapports

Réservé au service d'anatomie pathologique			
DaVinci	Étape de traitement	Non-conformité	GLIMS
<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 100%;"></div> <p>Paraphe et date :</p>	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"/>	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 100%;"></div> <p>Paraphe et date :</p>