

28, rue Laennec 69373 Lyon Cedex 08 - Bâtiment CHENEY B 1er étage Ouvert du lundi au vendredi de 8 h à 17h30 Tél secrétariat : 04.78.78.29.18 (20) - Fax secrétariat : 04.78.78.27.13 Cadre Réservé au Laboratoire

Demande d'Examen Anatomo-Cyto Pathologique

HORS CLB

Etiquette Patient																	
	Médecin Prescripteur																
N° de dossier médical :	Nom / Pr	énom:															
Prénom : Adresse Nom de naissance : Code Posta		resse Ville :															
									Date de naissance :	J							
									N°SS:	Médecin Préleveur							
Adresse:	Nom / Prénom :																
	Autres médecins à informer																
	Autres	medecins a infor	mer														
	Nom / Pr																
Date de prélèvement / /																	
Renseignements cliniques :																	
Nature des prélèvements à examiner : Latéra	ılité																
orientation,	,	ent /	ent	psie uille	Mocrobiopsie Taille aiguille			<u>e</u>									
		Heure de prélèvement / Fixation	Prélèvement cytologique	Microbiopsie Taille aiguille	robio e aig	Biopise	Biopsie- Exérèse	Exérèse chirurgicale									
		Heu pré	Pré cytc	Mic	Mo	Biol	Bio _l Exé	Chir									
1:		hmn															
2:	hmn																
3:	hmn																
4:	hmn																
5:	hmn																
6:	hmn																
7:	hmn																
8:	hmn																
9:	hmn																
10:		hmn															
11:		hmn															
						l											
Examen extemporané : Si Oui : téléphone pour la réponse :																	