

Demande d'Examen Anato-mo-Cyto Pathologique

HORS CLB

Etiquette Patient

N° de dossier médical :

Nom utilisé :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

N°SS :

Adresse :

.....

Date de prélèvement / /

Médecin Prescripteur

Nom / Prénom :

Etablissement /Service :

Adresse

Code Postal : Ville :

Médecin Préleveur

Nom / Prénom :

Autres médecins à informer

Nom / Prénom :

Renseignements cliniques :

Nature des prélèvements à examiner : Latéralité, orientation,...

	Heure de prélèvement / Fixation	Prélèvement cytotologique	Microbiopsie Taille aiguille	Macrobiopsie Taille aiguille	Biopsie	Biopsie-Exérèse	Exérèse chirurgicale
1 :	.....h.....mn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 :	.....h.....mn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 :	.....h.....mn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 :	.....h.....mn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 :	.....h.....mn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 :	.....h.....mn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 :	.....h.....mn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 :	.....h.....mn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 :	.....h.....mn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 :	.....h.....mn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 :	.....h.....mn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examen extemporané : Si Oui : téléphone pour la réponse :

Date de prochaine consultation : / /