

Coordonnateur

Dr C. Chassagne-Clément

Médecins spécialistes

- Dr V. Cockenpot
- Dr C. Crozes
- Dr A. de la Fouchardière
- Dr J. Gervasoni
- Dr J. Jacquemus
- Dr M. Karanian
- Dr A. Meurgey
- Dr C. Renard
- Dr J. Roussel
- Dr I. Treilleux

Médecins assistants

- Dr G. Achard
- Dr A. Baltrès

Médecins vacataires

- Dr C. Castillo
- Dr C. Lauro-Colleaux
- Dr J. Pialat
- Dr N. Picchetti

Cadre médico-technique

J.Ph. Michot

Demande d'Examen Anatomico-Cyto Pathologique

Patient

Collez ici une étiquette identité ou bien complétez les rubriques – tous les champs suivi d'une asterisques sont obligatoires

N° de dossier médical : Sexe* :
 Nom d'usage* :
 Prénom* :
 Nom de naissance* :
 Date de naissance* :
 N° Sécurité Sociale* : Régime SS :

Adresse (indispensable si facturation patient, sinon établissement et unité d'hospitalisation) :

Rue :

Code Postal : Ville :

Médecin Prescripteur / Preleveur

Nom / Prénom :

Etablissement /Service :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Autres médecins à informer du résultat

Nom / Prénom :

Adresse :

Nom / Prénom :

Adresse :

Nom / Prénom :

Adresse :

Date du prélèvement

Le / /

Facture

Patient

Etablissement

Renseignements cliniques / Demandes particulières

Nature des prélèvements à examiner

	Heure de prélèvement / Fixation	Prélèvement cytologique	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"/>

Réponse

Examen extemporané : Téléphone pour la réponse : Date de prochaine consultation :

Signature du prescripteur