

Coordonnateur

Dr C. Chassagne-Clément

Médecins spécialistes

Dr A. Baltres  
Dr A. Champagnac  
Dr V. Cockenpot  
Dr A. de la Fouchardière  
Dr J. Gervasoni  
Dr M. Karanian  
Pr S. Lantuejoul  
Dr A. Meurgey  
Dr C. Renard  
Dr J. Roussel  
Dr I. Treilleux

Médecins assistants

Dr C. Chaouat  
Dr T. Franceschi  
Dr A. Neuhart  
Dr I. Saisonou

Médecins vacataires

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

Cadre médico-technique

Mme A. Forestier

## Demande d'Examen Anato-Cyto Pathologique

### Patient

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