

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