

PRESCRIPTEUR

DATE DU PVT _____
HEURE DU PVT _____ H _____
HEURE DE FIXATION _____ H _____

NOM et PRÉNOM RPPS / Service
Cachet ou signature

DUPLICATA au(x) Docteur(s)

PATIENT(E)

NOM, PRENOM(s) : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

NE(E) LE : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_| **SEXE :** ☐ F ☐ M

RUE : _____

VILLE : _____ Code postal |_|_|_|_| **TEL :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° DE SECURITE SOCIALE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CAISSE DE RATTACHEMENT : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

MUTUELLE : _____ ☐ **C.M.U** **REGLEMENT :** ☐ Chèque ☐ Espèce

☐ Je m'oppose à la transmission de mes données médicales aux structures de gestion des dépistages. Signature patient(e) :

☐ RGPD à consulter sur notre site www.reunion-pathologie.re

PRÉLÈVEMENT CUTANÉ :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / EXAMEN ANTÉRIEUR :

☐ **Exérèse :** ☐ > 5 cm² ☐ < 5 cm² ☐ **Biopsie** ☐ **IF**

Localisation du prélèvement : _____

Localisation de la / des lésions : _____

Lésion : ☐ Unique ☐ Multiple

Aspect : ☐ Macule ☐ Papule ☐ Vésicule ☐ Bulle ☐ Tumeur ☐ Autres

Taille (sauf si variable) :

Ulcéré : ☐ Oui ☐ Non

Couleur : _____ Durée d'évolution : _____

Prurigineux : ☐ Oui ☐ Non

Propositions diagnostiques et antécédents du patient _____

Demande de matériel à faire parvenir par le laboratoire :

☐ Bons d'examens ☐ Sachets/Enveloppes ☐ Flacons de formol ☐ Flacons cytologie

MACROSCOPIE :

1/ _____ Nb de fragment(s) : _____

☐ FO ☐ FNO ☐ Biopsie

SCHEMA

Taille de l'exérèse : _____ x _____ x _____ mm

Taille de la lésion : _____ x _____ x _____ mm

Description de la lésion : _____

Encre ☐ Oui / Où ? _____ ☐ Non

☐ Réserve ☐ Inclus en totalité

NOMBRE DE BLOC(S) : _____

2/ _____ Nb de fragment(s) : _____

☐ FO ☐ FNO ☐ Biopsie

SCHEMA

Taille de l'exérèse : _____ x _____ x _____ mm

Taille de la lésion : _____ x _____ x _____ mm

Description de la lésion : _____

Encre ☐ Oui / Où ? _____ ☐ Non

☐ Réserve ☐ Inclus en totalité

NOMBRE DE BLOC(S) : _____

3/ _____ Nb de fragment(s) : _____

☐ FO ☐ FNO ☐ Biopsie

SCHEMA

Taille de l'exérèse : _____ x _____ x _____ mm

Taille de la lésion : _____ x _____ x _____ mm

Description de la lésion : _____

Encre ☐ Oui / Où ? _____ ☐ Non

☐ Réserve ☐ Inclus en totalité

NOMBRE DE BLOC(S) : _____

NOMBRE TOTAL DE BLOC(S) : |__|__|

DESHYDRATATION / ENROBAGE / MICROTOMIE / ETALEMENT / COLORATION

☐ M 1 ☐ M 2 ☐ P 1 ☐ P 2 ☐ PAP ☐ HE(S)

IHC/COLO. SPE. **NB DE LAMES** |__|__|

REMARQUES