

PRESCRIPTEUR

DATE DU PVT _____

HEURE DU PVT _____ H _____

HEURE DE FIXATION _____ H _____

NOM et PRENOM RPPS / Service
Cachet et 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

PRELEVEMENT

ANTECEDENTS ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

☐ **Histologie** ☐ **Cytologie**

Nature et siège du prélèvement :

☐ **Sein** : ☐ Ecoulement : _____

☐ Lésion : site : _____ ☐ Cytologie

☐ Biopsie(s) : nb de fgts :

☐ **Thyroïde** : Lésion : ☐ Nodule : ☐ Mixte ☐ Solide

☐ Kyste

☐ Plaque

EUTIRADS : _____

Site : ☐ Lobe droit ☐ Lobe gauche ☐ Isthme

Taille : _____

Echogénicité : ☐ Hypo ☐ Hyper ☐ Iso

Vascularisation : ☐ Périphérique ☐ Centrale ☐ Mixte

Calcification(s) : ☐ Micro ☐ Macro

Diamètre de l'aiguille : ☐ 27G ☐ Autre : _____

☐ **Parotide** : ☐ Droite ☐ Gauche

Taille de la lésion : _____

Aspect : _____

☐ **Liquide articulaire** : _____

☐ **Autre** : _____

Demande de matériel à faire parvenir par le laboratoire :

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

Les deux parties sont soumises à une impartialité totale

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

EXAMEN N°

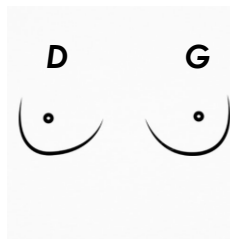
RECEPTION

NBRE de FLACON(S) :

NBRE de LAME(S) :

CONFORMITE : B.E. et PVTs :

CODE



MACROSCOPIE :

Formulaire de macroscopie associé ☐

Nombre de fragment(s) :

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

☐ Réserve ☐ Inclus en totalité

DÉSHYDRATATION / ENROBAGE / MICROTOMIE / ÉTALEMENT / COLORATION

☐ MICROTOME Réf.12 ☐ MICROTOME Réf.13 ☐ MICROTOME Réf.24 ☐ PAP ☐ HE(S)

NB DE LAMES |__|__|

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

CIQ/RENDU

TECHNIQUE MONOCOUCHE

TECHNIQUE CYTOBLOC

CYTOTECHNICIEN(NE)

REMARQUES