

PRESCRIPTEUR

DATE DU PVT _____

HEURE DU PVT _____ H _____

HEURE DE FIXATION _____ H _____

NOM et PRENOM 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

PLACENTA

Poids de l'enfant : _____ Terme (en SA+J) : _____

Longueur approximative du cordon restant (non envoyé) pour diagnostic de
 cordon court ou long : _____ cm ☐ HRP

Indication SINGLETON

- ☐ Suspicion chorioamniotite
- ☐ RCIU inférieur au 3ème percentile (recherche intervillite systématique)
- ☐ Acidose métabolique sévère
- ☐ MFIU
- ☐ Pré éclampsie
- ☐ Diabète sévère AVEC retentissement foetal
- ☐ Suspicion intervillite sans RCIU

Indications GEMELLAIRE

BICHORIALE

- ☐ Suspicion chorioamniotite
- ☐ RCIU inférieur au 3ème percentile (recherche intervillite systématique)
- ☐ Acidose métabolique sévère
- ☐ MFIU
- ☐ Pré éclampsie
- ☐ Diabète sévère **AVEC** retentissement foetal
- ☐ Suspicion intervillite sans RCIU

MONOCHORIALE

- ☐ TOPS ou STT
- ☐ TAPS
- ☐ TRAP
- ☐ RCIU
- ☐ MFIU
- Autres (décrire) :
 Laser ☐ Oui ☐ Non

- ☐ Cordon J1 : 1 clamp
- ☐ Cordon J2 : 2 clamps
- ☐ J1 : JA-JB
- ☐ J2 : JA-JB

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

DESHYDRATATION / ENROBAGE / MICROTOMIE / ETALEMENT / COLORATION

☐ M 1 ☐ M 2 ☐ P 1 ☐ P 2 ☐ PAP ☐ HE(S)

NB DE LAMES |__|__|

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

CIQ/RENDU

TECHNIQUE MONOCOUCHE

TECHNIQUE CYTOBLOC

CYTOTECHNICIEN(NE)

PATHOLOGISTE

REMARQUES