

**PRESCRIPTION D'EXAMEN ANATOMO-CYTO PATHOLOGIQUE**

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16  
SECRETARIAT : 04 91 22 34 57 / Fax : 04 91 22 35 44

115 - V2

*Fiche de liaison obligatoire pour les Consultations et l'Imagerie IPC*

**Ne pas remplir**  
(Réservé au laboratoire)  
Numéro  
d'enregistrement

<p><b>Renseignements Patient</b> (Étiquette à coller ici) Pour les patients extérieurs :</p> <p>Nom de naissance : Nom usuel : Prénom : Date de naissance : Sexe :</p>	<p><b>Établissement - Service ou UF demandeurs :</b> (si établissement hors IPC - Coordonnées de l'hôpital et du service)</p>
<p><b>Date de prélèvement :</b> ..... <b>Heure de prélèvement :</b> ..... <b>Demande de BE</b> <input type="checkbox"/> <b>Tél :</b></p>	
<p><b>Médecin préleveur :</b> (Nom et Signature obligatoires)</p>	
<p><b>Médecin prescripteur</b> (si différent du préleveur) : (Nom et signature obligatoires)</p>	
<p><b>Type de prélèvement :</b> <input type="checkbox"/> cytologie <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Pièce Opératoire <b>Conditionnement :</b> <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Fixé</p> <p><b>Nombre :</b> Pots : ..... Lames : ..... <b>Nom du protocole :</b> .....</p>	
<p><b>Renseignements cliniques - Hypothèses diagnostiques - Topographie des prélèvements</b></p>	

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE				
DATE DE RÉCEPTION :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	Oui	Non
		Motif : .....		
Contact pneumatique :	Médecin Macro Fraiche et lecture :	Heure de fixation :		
BIOPSIES EXTEMPORANÉES				
N° Congel :	Nombre :	Médecin :	Technicien :	
Diagnostic :				
Bloc IHC :		Nombre de pots :		
MACROSCOPIE PIÈCES FIXÉES				
DATE :	Médecin :	Technicien/Aide labo :		