



Pr E. Charafe-Jauffret  
Dr M-M. Dauplat  
Dr C. De Biasi-Cador  
Dr L. Mescam-Mancini  
Dr M. Paciencia-Gros  
Dr F. Poizat  
Dr S. Taix  
Dr J. Thomassin-Piana

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

**MICRO OU MACRO BIOPSIES DU SEIN .....**

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

1438 - V2

**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>Conditionnement :</b> <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Fixé <b>Nombre de pots :</b> .....</p> <p><b>Type de prélèvement :</b> <input type="checkbox"/> Microbiopsie <input type="checkbox"/> Macrobiopsie <b>Nom du protocole :</b> .....</p>	

**MODE DE PONCTION :**  Stéréotaxique  IRM  Echographique

**OBJET DE LA PONCTION :**

Nodule ou masse  Foyer de microcalcifications : Taille du foyer : ..... mm  PEV  Rehaussement non masse  
 Lésion échographique seule  Autre image radio (en clair) : .....  Rehaussement masse

**CLASSIFICATION RADIOLOGIQUE :**  ACR1  ACR2  ACR3  ACR4  a  b  c  ACR5

**En cas de microcalcifications :** Radiographie des carottes .....  Oui  Non  
Présence de microcalcifications sur la radio .....  Oui  Non  
Transmission du double de cette radiographie .....  Oui  Non

**SIÈGE DU PRÉLÈVEMENT :** Quadrant en clair (si plusieurs quadrants, faire une fiche séparée) : .....

**TYPE DE PRÉLÈVEMENT :**

**Microbiopsies :** Type :  16G  14G  10G  11G  
Nombre de passages ..... Nombre de carottes avec microcalcifications : .....

**Macrobiopsies :** Type :  14G  11G  7G  
Nombre de passages ..... Nombre de carottes avec microcalcifications : .....

**Cytologie :**  Lames  Cytolyt  Autre

**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 :		
<b>BIOPSIES EXTEMPORANÉES</b>							
N° Congel :		Nombre :		Médecin :		Technicien :	
Diagnostic :							
Bloc IHC :		RPMI :			Nombre de pots :		
<b>MACROSCOPIE PIÈCES FIXÉES</b>							
DATE :		Médecin :			Technicien/Aide labo :		