

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

**EXÉRÈSE MAMMAIRE**

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

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

1439 - V2

<p align="center"><b>Renseignements Patient</b> (Étiquette à coller ici)</p> <p align="center">Pour les patients extérieurs :</p> <p>Nom de naissance : .....</p> <p>Nom usuel : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Sexe : .....</p>	<p align="center"><b>Etablissement - 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> Frais    Fixé    Nombre de pots : ..... <b>Nom du protocole :</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 :	RPMI	Nombre de pots :		
MACROSCOPIE PIÈCES FIXÉES				
DATE :	Médecin :	Technicien/Aide labo :		

