



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**

**ANALYSE DE GANGLION SENTINELLE CÔTÉ .....**

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

1440 - 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 initial :</b> <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Fixé <b>Nombre de pots :</b> ..... <b>Nom du protocole :</b> .....</p>	

Pot N°	Localisation	Radioactivité Coups/Sec	Intensité de la coloration (0 à +++)	Réservé au labo d'Anapath		
				Taille en mm	Résultat BE	
					Empreintes	Congélation

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			
Nombre :	Médecin :	Technicien :	
Diagnostic :			
MACROSCOPIE PIÈCES FIXÉES			
DATE :	Médecin :	Technicien/Aide labo :	