



Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
IMPRIME	004	IM-ACP 164	09	12/02/2024

DEMANDE D'EXAMEN DE PATHOLOGIE

EMETTEUR : ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Rue d'Amiens CS11516, 76038 ROUEN Cedex Secrétariat : 02.32.08.22.12 Fax : 02.32.08.25.66 Mail : secretariat.acp@chbmssante.fr

PRESCRIPTEUR Nom, prénom, service : Tél / Fax : Signature :	DESTINATAIRE DU COMPTE RENDU (si différent du prescripteur) Nom, prénom, service : Tél / Fax :	IDENTIFICATION PATIENT (étiquette) NIP : Nom usuel : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : / / Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
---	--	--

PRELEVEUR Nom, prénom : Fonction : Date de prélèvement : Heure de prélèvement :	ORIGINE <input type="checkbox"/> Hospitalisation / Ambulatoire <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Hors CHB
--	--

URGENT : Non Oui (Résultats souhaités pour le : N° Tél :)

TYPE DE PRELEVEMENT(S) <i>Merci de signaler tout risque infectieux particulier</i> <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Pièce opératoire <input type="checkbox"/> Résection endoscopique <input type="checkbox"/> Curetage <input type="checkbox"/> Cytoponction <input type="checkbox"/> Liquide Organe : Topographie : Latéralité : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Non définie	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INTITULE PRELEVEMENT(S) / SCHEMA
---	--

CONDITIONNEMENT DES PRELEVEMENTS TRANSMIS :

<input type="checkbox"/> Frais	<input type="checkbox"/> Formol	<input type="checkbox"/> Milieu de conservation (RPMI, RNA later...)	<input type="checkbox"/> Cryopréservés
Nb de flacons / tube(s) :	Nb de tubes congelés :	Nb de lames :	Nb de blocs :

ESSAI / ETUDE / PROTOCOLE CLINIQUE : Prélèvement dans le cadre d'une étude Non Oui, nom de l'étude.....

PARTIE RESERVEE AU SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Nb de flacons reçus : Nb de tubes congelés reçus :
Nb de lames reçues : Nb de blocs reçus :
Date de réception : Heure de réception :h

NON CONFORMITE : Non Oui Motif :

Déclaration dans Process : Oui Non

Nom de l'approbateur de la NC : Nom du technicien déclarant :