

Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
IMPRIME	004	IM-ACP 242	07	12/02/2024
DEMANDE D'EXAMEN DE PATHOLOGIE - GANGLION LYMPHATIQUE				
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 : ☐ Femme ☐ Homme	
PRELEVEUR Nom, prénom : Fonction : Date de prélèvement : Heure de prélèvement :				ORIGINE ☐ Hospitalisation / Ambulatoire ☐ Consultation ☐ Hors CHB	
URGENT : ☐ Oui ☐ Non Résultats souhaités pour le : N° Tél :					
TYPE DE PRELEVEMENT(S) <u>Merci de signaler tout risque infectieux particulier</u> Localisation ganglionnaire ☐ Axillaire ☐ Cervicale ☐ Inguinale ☐ Profonde ☐ Sus claviculaire ☐ Autre ☐ Autres organes (préciser)..... Latéralité : ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Non définie		RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INTITULE PRELEVEMENT(S) ☐ PROTOCOLE LYMPHOME ☐ Cytogénétique ☐ Biologie Moléculaire ☐ Immuno-phénotypage ☐ CRB ☐ Bactériologie ☐ Autre (préciser)..... ☐ HORS PROTOCOLE LYMPHOME			
CONDITIONNEMENT DES PRELEVEMENTS TRANSMIS : ☐ Frais ☐ Formol ☐ Milieu de conservation (RPMI, RNA later...) ☐ Cryopréservés Nb de flacon(s) / tube(s) : Nb de tube(s) congelé(s) : Nb de lame(s) : Nb de bloc(s) paraffine :					
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 Heure de congélation RNA later : NON CONFORMITE : ☐ Non ☐ Oui Motif : Déclaration dans Process : ☐ Oui ☐ Non Nom de l'approbateur de la NC : Nom du technicien déclarant :					