



Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
IMPRIME	004	IM-ACP 329	06	12/02/2024
<b>JOURNEE SEIN</b>				
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](mailto:secretariat.acp@chbmssante.fr)

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

<b>PRELEVEUR</b> Nom, prénom : ..... Fonction : ..... Date de prélèvement : ..... Heure de prélèvement : ..... Heure de fixation : ..... Nom, prénom du chirurgien : ..... N° Tél salle de prélèvement : .....	<b>ORIGINE</b> <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Hospitalisation
--	---

<input type="checkbox"/> <b>SEIN</b>  Côté : Quadrant : Taille : Localisation : Imagerie : ACR : Type et nombre de prélèvement(s) :	<input type="checkbox"/> <b>SEIN</b>  Côté : Quadrant : Taille : Localisation : Imagerie : ACR : Type et nombre de prélèvement(s) :
---	---

**CYTOPONCTION / BIOPSIE GANGLIONNAIRE**

Localisation :  Droite     Gauche     Axillaire     Autre  
 Echographie :  
 Cytologie :  Oui     Non     Lames    Nb de lames : .....

**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**

Date de réception : ..... Heure de réception : .....  
 Pathologiste : ..... Technicien : .....  
 Heure de rendu des lames au pathologiste : .....  
 Heure de fin de dictée / frappe : .....

Diagnostic et signature pathologiste : .....

**NON CONFORMITE** :  Non     Oui    Motif : .....

Déclaration dans Process :     Oui     Non  
 Nom de l'approbateur de la NC : ..... Nom du technicien déclarant : .....