

|                                                                                  |                                                            |             |                   |         |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|---------|--------------------|
|  | Type                                                       | Réf. Modèle | Réf. Documentaire | Version | Date d'application |
|                                                                                  | IMPRIME                                                    | 004         | IM-ACP 333        | 07      | 12/02/2024         |
|                                                                                  | <b>DEMANDE D'EXAMEN DE PATHOLOGIE - AVIS / RELECTURE -</b> |             |                   |         |                    |
| <b>EMETTEUR : ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES</b>                            |                                                            |             |                   |         |                    |

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><br>Nom, prénom, service : .....<br>.....<br>Tél / Fax : .....<br>Signature : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <b>DESTINATAIRE DU COMPTE-RENDU</b><br>(si différent du prescripteur)<br>Nom, prénom, service : .....<br>.....<br>.....                                                                                                              | <b>IDENTIFICATION PATIENT (étiquette)</b><br>NIP : .....<br>Nom usuel : .....<br>Nom de naissance : .....<br>Prénom : .....<br>Date de naissance :        /        /<br><br>Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme |
| <b>PRELEVEUR</b><br>Nom, prénom : .....<br>Fonction : .....<br>Service : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Date de la demande : .....<br>Numéro d'examen : .....        Date de prélèvement : .....<br><u>Documents envoyés :</u><br><input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Compte-rendu <input type="checkbox"/> Fiche DIAG Inter<br><input type="checkbox"/> Nb de lames : .....        N° extérieur : .....<br><input type="checkbox"/> Nb de blocs : .....        N° extérieur : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <b>URGENT:</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><b>ORIGINE :</b><br><input type="checkbox"/> Hospitalisation / Ambulatoire<br><input type="checkbox"/> Consultation<br><input type="checkbox"/> Hors CHB |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</b><br><i>Veillez joindre votre compte-rendu de pathologie, un bloc et les lames représentatives (HES et immunohistochimies)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>DEMANDE EFFECTUEE DANS LE CONTEXTE DE</b><br><input type="checkbox"/> <b>AVIS DIAGNOSTIQUE / RELECTURE</b><br><input type="checkbox"/> <b>2° AVIS / RELECTURE DANS LE CADRE D'UN RESEAU INCa</b><br><input type="checkbox"/> <b>LYMPHOPATH (Lymphomes)</b><br><input type="checkbox"/> <b>RRePS / NETSARC + (Sarcomes des tissus mous, viscères, gynécologiques, GIST, desmoïdes)</b><br><input type="checkbox"/> <b>REFCORpath (ORL)</b><br><input type="checkbox"/> <b>TUTHYREF-PATH (Tumeurs thyroïdiennes)</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>DEMANDE DE TECHNIQUES PARTICULIERES</b><br><input type="checkbox"/> <b>Immunohistochimie</b><br><input type="checkbox"/> <b>Hybridation In Situ</b><br><input type="checkbox"/> <b>Biologie Moléculaire</b> |  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>ESSAI / ETUDE / PROTOCOLE CLINIQUE:</b> Prélèvement dans le cadre d'une étude : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, nom de l'étude:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>PARTIE RESERVEE AU SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES</b><br>Date de réception : ..... Date de prise en charge : ..... Par : .....<br><b>DOCUMENTS RECUS :</b> <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Compte-rendu<br>Nb de lames reçues et N° : ..... Nb de blocs reçus et N° : .....<br><b>NON CONFORMITE :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui    Motif : .....<br>Déclaration dans Process : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Nom de l'approbateur de la NC : ..... Nom du technicien déclarant : .....                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |