

## JOURNEE THYROÏDE

EMETTEUR : DEPARTEMENT DE BIOPATHOLOGIE

Rue d'Amiens CS11516, 76038 ROUEN Cedex Secrétariat : 02.32.08.22.12 Fax : 02.32.08.25.66 Mail : anatomie.pathologique@chb.unificancer.fr

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

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

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

|  |  |
|--|--|
| <p>➤ <b>THYROÏDE</b><br/><b>NODULE 1</b></p> <p><b>SIEGE</b> : <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> isthme <input type="checkbox"/> non précisé<br/> <input type="checkbox"/> 1/3 supérieur <input type="checkbox"/> 1/3 moyen <input type="checkbox"/> 1/3 inférieur</p> <p><b>TAILLE</b> : .....<br/> <b>ECHOGRAPHIE</b> : .....<br/> <b>TI-RADS</b> : .....</p> <p><b>CYTOPONCTION</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nb lames : .....</p> <p><b>BRAF</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> | <p style="text-align: center;"><b>NODULE 2</b></p> <p><b>SIEGE</b> : <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> isthme <input type="checkbox"/> non précisé<br/> <input type="checkbox"/> 1/3 supérieur <input type="checkbox"/> 1/3 moyen <input type="checkbox"/> 1/3 inférieur</p> <p><b>TAILLE</b> : .....<br/> <b>ECHOGRAPHIE</b> : .....<br/> <b>TI-RADS</b> : .....</p> <p><b>CYTOPONCTION</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nb lames : .....</p> <p><b>BRAF</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> |
|--|--|

➤ **SUR GANGLION**

**ADENOPATHIE**      OUI                    NON

**CYTOPONCTION**      OUI            NON     Nb 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 : .....