	Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
CENTRE de Lutte Contre le Cancer HENRI BECQUEREL unicancer NORMANDIE - ROUEN	IMPRIME	004	IM-ACP 418	00	14/04/2020
	JOURNEE COL ENDOMETRE				
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 : anatomie.pathologique@chb.unicancer.fr

PRESCRIPTEUR
Nom, prénom, service :
……
……
Tél / Fax :……
Signature :

DESTINATAIRE DU COMPTE RENDU
(si différent du prescripteur)
Nom, prénom, service :
……
……
Tél / Fax :……

IDENTIFICATION DU 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 :……
N° Tél salle de prélèvement :…… Heure de fixation :……..

ORIGINE
☐ Consultation
☐ Hospitalisation

TYPE DE PRELEVEMENT(S)
☐ Biopsie
☐ Curetage

Topographie :
☐ Col
☐ Endomètre

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

INTITULE PRELEVEMENT(S) / SCHEMA

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 :……

Heure de rendu des lames au pathologiste :……

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 :……..