



| | | | | |
|---------|-------------|-------------------|---------|--------------------|
| Type | Réf. Modèle | Réf. Documentaire | Version | Date d'application |
| IMPRIME | 004 | IM-ACP 329 | 04 | 04/06/2020 |

JOURNEE SEIN

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 PATIENT (étiquette) NIP : Nom usuel : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : / / Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme |
| PRELEVEUR Nom, prénom : Fonction : Date de prélèvement : Heure de prélèvement : Heure de fixation : Nom, prénom du chirurgien : N° Tél salle de prélèvement : | ORIGINE <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Hospitalisation | |
| <input type="checkbox"/> SEIN Côté : Quadrant : Taille : Localisation : Imagerie : ACR : Type et nombre de prélèvement(s) : | <input type="checkbox"/> SEIN Côté : Quadrant : Taille : Localisation : Imagerie : ACR : Type et nombre de prélèvement(s) : | |
| <input type="checkbox"/> CYTOPONCTION / BIOPSIE GANGLIONNAIRE Localisation : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Axillaire <input type="checkbox"/> Autre Echographie : Cytologie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Lames Nb de lames : | | |
| ESSAI / ETUDE / PROTOCOLE CLINIQUE : Prélèvement dans le cadre d'une étude : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Motif : Déclaration dans Process : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de l'approbateur de la NC : Nom du technicien déclarant : | | |