CENTRE de Lutte Contre le Cancer HENRI BECQUEREL unicancer NORMANDIE - ROUEN	Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
	IMPRIME	004	IM-ACP 164	07	24/06/2020
	DEMANDE D'EXAMEN DE PATHOLOGIE				
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 : ☐ Femme ☐ Homme

PRELEVEUR
Nom, prénom :…… Fonction :……
Date de prélèvement :…… Heure de prélèvement :……

URGENT : ☐ Non ☐ Oui (Résultats souhaités pour le :…… N° Tél :……..)

ORIGINE
☐ Hospitalisation / Ambulatoire
☐ Consultation
☐ Hors CHB

TYPE DE PRELEVEMENT(S)

Merci de signaler tout risque infectieux particulier

☐ Biopsie
☐ Pièce opératoire
☐ Résection endoscopique
☐ Curetage
☐ Cytoponction
☐ Liquide

Organe :……

Topographie :……..

Latéralité :
☐ Droite
☐ Gauche
☐ Non définie

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

INTITULE PRELEVEMENT(S) / SCHEMA

CONDITIONNEMENT DES PRELEVEMENTS TRANSMIS : ☐ Frais ☐ Formol ☐ Milieu de conservation (RPMI, RNA later...)
Nb de flacons : Nb de tubes congelés : Nb de lames : Nb de blocs :

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
Nb de flacons reçus :…… Nb de tubes congelés reçus :……..
Nb de lames reçues :…… Nb de blocs reçus :……
Date de réception :…….. Heure de réception :……..h ……

NON CONFORMITE : ☐ Non ☐ Oui Motif :……

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