

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

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 : <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
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES 		
➤ THYROÏDE NODULE 1 SIEGE : <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> isthme <input type="checkbox"/> non précisé <input type="checkbox"/> 1/3 supérieur <input type="checkbox"/> 1/3 moyen <input type="checkbox"/> 1/3 inférieur TAILLE : ECHOGRAPHIE : TI-RADS : CYTOPONCTION : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nb lames : BRAF : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	NODULE 2 SIEGE : <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> isthme <input type="checkbox"/> non précisé <input type="checkbox"/> 1/3 supérieur <input type="checkbox"/> 1/3 moyen <input type="checkbox"/> 1/3 inférieur TAILLE : ECHOGRAPHIE : TI-RADS : CYTOPONCTION : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nb lames : BRAF : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
AUTRES DEMANDES ➤ ADENOPATHIE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON CYTOPONCTION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nb lames : THYROGLOBULINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
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 :		