	Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
CENTRE de Lutte Contre le Cancer HENRI BECQUEREL unicancer NORMANDIE - ROUEN	IMPRIME	004	IM-ACP 163	07	24/06/2020

DEMANDE D'EXAMEN EXTEMPORANE

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 (Chirurgien ayant réalisé le prélèvement)
Nom, prénom :……
Date de prélèvement :…… Heure de prélèvement :……

EXAMEN EXTEMPORANE (préciser) :
N° Tél salle bloc :……..

ORIGINE :
☐ Hospitalisation / Ambulatoire
☐ Consultation
☐ Hors CHB

TYPE DE PRELEVEMENT(S)

Merci de signaler tout risque infectieux particulier

☐ Biopsie
☐ Pièce opératoire

Organe :……..
Topographie :……
Latéralité :
☐ Droite
☐ Gauche
☐ Non définie

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 :……
Pathologiste :…… Technicien :……

Résultats donnés à : ☐ Chirurgien ☐ Interne
Heure de réponse téléphonée :……
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 :……