

DEMANDE D'EXAMEN DE PATHOLOGIE - GANGLION LYMPHATIQUE

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 : secretariat.biopathologie@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 :	ORIGINE <input type="checkbox"/> Hospitalisation / Ambulatoire <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Hors CHB
--	--

URGENT : Oui Non Résultats souhaités pour le : N° Tél :

TYPE DE PRELEVEMENT(S) <i>Merci de signaler tout risque infectieux particulier</i> Localisation ganglionnaire <input type="checkbox"/> Axillaire <input type="checkbox"/> Cervicale <input type="checkbox"/> Inguinale <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Sus claviculaire <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Autres organes (préciser)..... Latéralité : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Non définie	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INTITULE PRELEVEMENT(S) <input type="checkbox"/> PROTOCOLE LYMPHOME <input type="checkbox"/> Cytogénétique <input type="checkbox"/> Biologie Moléculaire <input type="checkbox"/> Immuno-phénotypage <input type="checkbox"/> CRB <input type="checkbox"/> Bactériologie <input type="checkbox"/> Autre (préciser)..... <input type="checkbox"/> HORS PROTOCOLE LYMPHOME
--	--

CONDITIONNEMENT DES PRELEVEMENTS TRANSMIS :

Frais Formol Milieu de conservation (RPML, RNA later...) Cryopréservés

Nb de flacon(s) / tube(s) : Nb de tube(s) congelé(s) : Nb de lame(s) : Nb de bloc(s) paraffine :

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 Heure de congélation RNA later :

NON CONFORMITE : Non Oui Motif :

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