



Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
IMPRIME	004	IM-ACP 329	05	29/09/2022

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 : 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 : 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) :
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CYTOPONCTION / BIOPSIE GANGLIONNAIRE

Localisation : Droite Gauche Axillaire Autre
 Echographie :
 Cytologie : Oui Non Lames Nb de lames :

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 :
 Heure de rendu des lames au pathologiste :
 Heure de fin de dictée / frappe :

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 :