

PRESCRIPTEUR :

Cachet ou étiquette et signature

DATE DU PVT :

HEURE DU PVT : H

HEURE DE FIXATION : H

DUPLICATA :

PATIENT :

NOM, PRENOM(S) :

NOM DE NAISSANCE :

NEE LE : SEXE : F ☐ M ☐

RUE :

VILLE : CODE POSTAL :

N° DE SECURITE SOCIALE :

CAISSE DE RATTACHEMENT : (☐)

MUTUELLE : ☐ C.M.U

☐ Je m'oppose à la transmission de mes données médicales aux structures de gestion des dépistages. Signature patient(e) :

☐ RGPD. A consulter sur notre site www.reunion-pathologie.com

PRELEVEMENT :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / EXAMEN ANTERIEUR :

CADRE RESERVE

EXAMEN N°

RECEPTION :

NBRE de FLACON(S) :

NBRE de LAME(S) :

CONFORMITE : D.E. et PVTS :

ENREGISTREMENT :

COTATION :

GYNECOLOGIE

☐ Col :
- Orientation :

☐ Histologie

☐ Sein : ☐ Tumorectomie/Zonectomie
☐ Mastectomie
- Orientation :

☐ Cytologie

☐ Endomètre

☐ Curage : ☐ Ganglion(s) sentinelle(s)
☐ Curage complet

GASTRO-ENTEROLOGIE

☐ Biopsie(s)

☐ Exérèse(s)

Prélèvements endoscopiques :

☐ Haut ☐ Œsophage ☐ EBO ☐ Autres : _____ Nb de fgts : _____
☐ Estomac ☐ Antre Nb de fgts : _____
☐ Fundus Nb de fgts : _____
☐ Autres : _____ Nb de fgts : _____
☐ Duodénum Nb de fgts : _____
☐ Autres : _____ Nb de fgts : _____

☐ Bas ☐ Iléon Nb de fgts : _____
☐ Colon Nb de fgts : _____

☐ Polype 1 ☐ Sessile ☐ Pédiculé Taille : _____ Nb de fgts : _____ Site : _____
2 ☐ Sessile ☐ Pédiculé Taille : _____ Nb de fgts : _____ Site : _____
☐ Autres : Précisez : _____

AUTRES

SCHEMA / CHIRURGIEN :

Demande de matériel à faire parvenir par le laboratoire :

☐ Bons d'examens

☐ Flacons de formol

☐ Sachets/Enveloppes

☐ Flacons cytologie (BD Surepath)

MACROSCOPIE :

Formulaire de macroscopie associé

☐

Nombre de blocs :

☐ Décalcification 1

☐ Décalcification2

☐ Décalcification3

Heure de début : H Heure de fin : H

☐ Réserve

☐ Inclus en totalité

DESHYDRATATION

ENROBAGE

MICROTOMIE

☐ M 1

☐ M 2

ETALEMENT

☐ P 1

☐ P 2

NB DE LAMES

COLORATION

IHC

NB DE LAMES

CIQ/RENDU

PATHOLOGISTE

ARCHIVAGE

NB DE LAMES/BLOCS

REMARQUES