

PRESCRIPTEUR :

Cachet ou étiquette et signature

DATE :

HEURE DU PRELEVEMENT : H

HEURE DE FIXATION : H

DUPLICATA :

PATIENT(E) :

NOM, PRENOM(S) :

NOM DE NAISSANCE :

NE(E) 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.re

PRELEVEMENT :

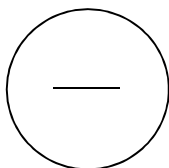
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / EXAMEN ANTERIEUR :

- ☐ **Histologie :** ☐ Biopsie ☐ Exérèse
☐ **Cytologie :** ☐ Conventionnelle ☐ Monocouche (BD Surepath)
☐ Dépistage organisé ☐ Dépistage isolé ☐ Suivi de FCV pathologique

Nature et siège :

☐ Vulve ☐ Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐ Autre : _____

Colposcopie :



Aspect du col :

DDR :

☐ Sein : ☐ Ecoulement : _____

☐ Lésion 1 : site : _____ ☐ Cytologie

☐ Biopsie(s) : nb de fgts :

☐ Ganglion : _____

Traitement hormonal :

- ☐ Oestroprogestatif
☐ DIU
☐ Implant
☐ Ménopause ☐ Traitée

Demande de matériel à faire parvenir par le laboratoire :

- ☐ Bons d'examens ☐ Sachets/Enveloppes ☐ Flacons de formol ☐ Flacons cytologie

CADRE RESERVE

EXAMEN N°

RECEPTION :

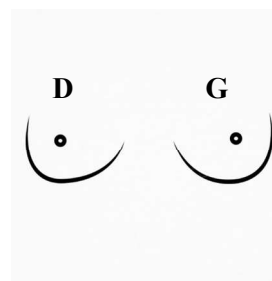
NBRE de FLACON(S) :

NBRE de LAME(S) :

CONFORMITE : D.E. et
PVTS :

ENREGISTREMENT :

COTATION :



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

CYTOTEHNICIEN(NE)

PATHOLOGISTE

ARCHIVAGE

NB DE LAMES/BLOCS

|__|__|

|__|__|

REMARQUES