

PRESCRIPTEUR :

Cachet ou étiquette et signature

DATE : [] [] [] [] [] [] [] []

HEURE DU PRELEVEMENT : [] [] H [] []

HEURE DE FIXATION : [] [] H [] []

DUPLICATA :

PATIENT(S) :

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 CUTANE :

Compléter ou cocher ci-dessous, merci

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / EXAMEN ANTERIEUR :

☐ Exérèse : ☐ > 5 cm² ☐ < 5 cm²

☐ Biopsie

Localisation du prélèvement : _____

Localisation de la / des lésions : _____

Lésion : Unique ☐ Multiple ☐

Aspect : Macule ☐ Papule ☐ Vésicule ☐ Bulle ☐ Tumeur ☐ Autres ☐

Taille (sauf si variable) :

Ulcéré : Oui ☐ Non ☐

Couleur : _____ Durée d'évolution : _____

Prurigineux : Oui ☐ Non ☐

Propositions diagnostiques et antécédents du patient _____

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 :

CADRE RESERVE

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