

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 :

ANTECEDENTS ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

☐ Histologie ☐ Cytologie : ☐ Conventionnelle ☐ Monocouche (BD Surepath)

Nature et siège du prélèvement :

☐ Sein : ☐ Ecoulement : _____

☐ Lésion : site : _____ ☐ Cytologie
☐ Biopsie(s) : nb de fgts :

☐ Thyroïde : Lésion : ☐ Nodule : ☐ Mixte ☐ Solide
☐ Kyste
☐ Plaque

EUTIRADS : _____

Site : ☐ Lobe droit ☐ Lobe gauche ☐ Isthme

Taille : _____

Echogénicité : ☐ Hypo ☐ Hyper ☐ Iso

Vascularisation : ☐ Périphérique ☐ Centrale ☐ Mixte

Calcification(s) : ☐ Micro ☐ Macro

Diamètre de l'aiguille : ☐ 27G ☐ Autre _____

☐ Parotide : ☐ Droite ☐ Gauche Lésion : Taille : _____
Aspect : _____

☐ Liquide articulaire : _____

☐ Autre : _____

Demande de matériel à faire parvenir par le laboratoire :

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

CADRE RESERVE

EXAMEN N°

RECEPTION :

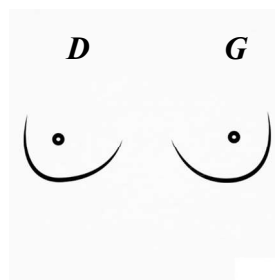
NBRE de FLACON(S) :

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