

DEMANDE d'EXAMEN d'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

ASSISTANCE  HÔPITAUX
PUBLIQUE DE PARIS

N° d'enregistrement au laboratoire

Date du(des) Prélèvement(s) : à h

IDENTIFICATION DU PATIENT
(Etiquette GILDA)

NOM
Nom de jeune fille
Prénom
Date de naissance
NDA
NIP
SERVICE ET SALLE (U.H.)
ETIQUETTE ADRESSE

Sexe

TRANSMISSION DES RESULTATS

Service demandeur
Nom du médecin préleveur
Téléphone et/ou BIP

Service prescripteur
Nom du médecin prescripteur
Téléphone et/ou BIP

Signature préleveur/prescripteur

DEMANDE(S) PARTICULIERE(S) :

EXAMEN EXTEMPORANE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

EXAMENS ANATOMO-PATHOLOGIQUES ANTERIEURS date(s), numéro(s) d'enregistrement et résultats, TRAITEMENTS RECUS (radiation, antibiotiques, hormones...)

PRELEVEMENT(S)

NATURE(S) ET SIEGE(S)
(éventuellement identifier les différents réceptacles)

SCHEMA SOMMAIRE DES LESIONS

FIXATEUR UTILISE : FORMOL AUTRE LEQUEL ? AUCUN

CADRE RESERVE AU SERVICE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

REÇU LE à -- H-- COTATION :
NBRE DE RECIPIENTS : NBRE DE LAMES POUR CYTOLOGIE :
CONGELATION à -- H-- MILIEUX SPECIAUX : LEQUEL ?
MICROSCOPIE ELECTRONIQUE PHOTOGRAPHIE(S) MACROSCOPIQUE(S)