

DEMANDE D'ANALYSE D'EXAMEN HISTOLOGIQUE ET CYTOLOGIQUE

IDENTIFICATION PATIENT

(étiquette ou remplir tous les champs)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Adresse :

.....

NISS :

Code Mutuelle :

ETIQUETTE B-DOC

MEDECIN PRESCRIPTEUR

(cachet + signature)

MEDECIN(S) A INFORMER

PRELEVEMENT(S) (remplir tous les champs)

Date :

Heure :

URGENT

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

NATURE DU PRELEVEMENT (à détailler si nécessaire au verso) :

CYTOLOGIE :

Vaginale

Exocervicale

Endocervicale

Endométriale

Vulvaire

Expectoration

ASP bronchique

Brossage bronchique

Lavage broncho-alvéo.

Autre :

Liquide pleural

Ascite

Liquide céph.rach.

Lavage vésical

Urine

Ponction de sein

Ecouil.mamelon

Thyroïde

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN :

Nombre de prélèvements :

Détail des prélèvements réalisés

N°	Prélèvement	Localisation	Quantité	Conteneur	Statut
----	-------------	--------------	----------	-----------	--------