

DEMANDE D'ANALYSE DE PONCTION DE NODULE THYROÏDIEN

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 : Nbre de ponctions :
Heure : Nbre de lames :
 URGENT CB :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

ATCD : Oui - Non

PROTOCOLE ECHOGRAPHIQUE :

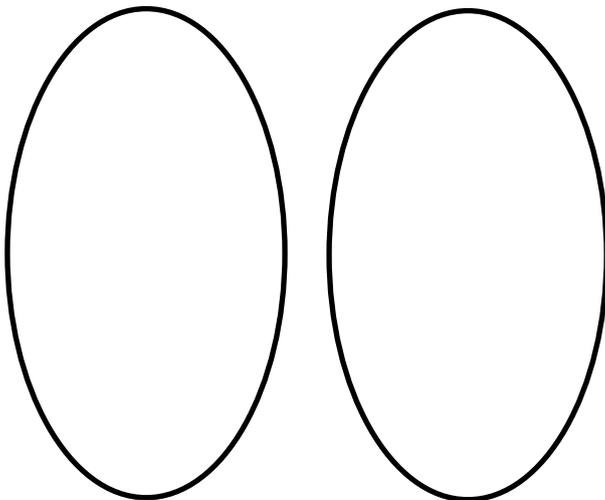
AUTRE(S) NODULE(S) : OUI NON

NODULE :

Localisation du nodule :

D

G



- Taille : x x mm
- Echogénicité :
 - Hypoéchogène
 - Isoéchogène
 - Hyperéchogène
 - Homogène
 - Hétérogène
- Calcifications : Non - Micro - Macro
- Dégénérescence kystique : Non - + ++ +++
- Prolifération endokystique : Oui - Non
- Doppler :/.....
- Score TIRADS :
- Adénopathie : Oui - Non
- Aspect macroscopique : Liquide hémorragique (ml)
Liquide citrin (ml)

CADRE RESERVE AU PRE-ENCODAGE

N° EXAMEN :

Nombre de prélèvements :