

## DEMANDE D'ANALYSE DE PONCTION ECHOGUIDEE EN PATHOLOGIE DIGESTIVE FNA/FNB

### 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

**ANTECEDENTS** :  Carcinologique  Alcool  Diabète  IBD  Maladie auto-immune  Autre : .....

**AIGUILLE** :  19G  20G  22G  25G

**MODE DE PRELEVEMENT** :  FNA  FNB

**ORGANE TRAVERSE PAR L'AIGUILLE** :  Œsophage  Estomac  Duodénum  Rectum  Autre : .....

**ORGANE CIBLE** :  Œsophage  Estomac  Foie  Ganglion  Autre : .....  
 Pancréas :  Tête  Corps  Queue

### CARACTERISTIQUES DE LA LESION :

Unique  Multiples Taille : ..... X ..... X ..... mm

Solide  Mixte  
 Kyste :  Calcification  Uniloculaire  Multiloculaire  Nodule mural  
 Atteinte locorégionale  Métastase

### Analyse du contenu du kyste :

Aspect macroscopique :  Clair  Citrin  Mucoïde  Visqueux  Epais  Blanchâtre  Hémorragique  
 « String sign » : ..... mm  
 Dosage amylase/CEA demandé :  Oui  Non

### Si pathologie pancréatique :

Atteinte VB/canaux pancréatiques :  Oui  Non  
 Communication lésion/canaux pancréatiques :  Oui  Non  
 Prothèse VB :  Oui  Non  
 Pancréatite, cholangite :  Aiguë  Chronique

### PATHOLOGIE SUSPECTEE :

### CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN : .....

Nombre de prélèvements : .....

--