

## DEMANDE D'ANALYSE DE PONCTION DE MASSE CERVICALE

### 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 :

#### Anomalie des tests de Biologie Clinique :

- Contexte infectieux :  NON  OUI : .....
- Contexte oncologique :  NON  OUI : .....

#### Traitement en cours :

### PROTOCOLE ECHOGRAPHIQUE :

- Localisation :
- Unique  Multiple : .....
- Remarque :

### CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN : .....

Nombre de prélèvements : .....