

# DEMANDE POUR ANALYSE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

RESERVE AU  
LABORATOIRE

**IDENTIFICATION DU PATIENT**  
Etiquette

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**UF du médecin préleveur**  
Etiquette/Tampon ou

Nom : .....

UF : .....

Téléphone : .....

**MEDECIN PRELEVEUR Nom/Prénom**  
.....

**Tel.** .....

**MEDECIN(S) CORRESPONDANT(S) :**  
.....  
.....  
.....

**DOUBLE MEDECIN TRAITANT**

**URGENT**

**TUMOROTHEQUE**

**Date de Prélèvement** .....

**EXTEMPORANE**

**NUMERO A APPELER :** .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES

CHIRURGIE A VISEE CARCINOLOGIQUE

Nature du prélèvement	Heure prélèvement	Heure fixation	Nature du prélèvement	Heure prélèvement	Heure fixation
1			14		
2			15		
3			16		
4			17		
5			18		
6			19		
7			20		
8			21		
9			22		
10			23		
11			24		
12			25		
13			26		

Réservé au service d'ACP : Si non-conformité observée à l'enregistrement :

## EXAMEN EXTEMPORANE

Matériel examiné :

Résultat :

Heure de réponse	Interne (Paraphe, Signature)	Médecin sénior (Paraphe, Signature)

Résultat validé par signature et donné sous réserve de l'examen de la totalité de la pièce opératoire, en technique standard.

**TUMOROTHEQUE**

Cryotube	Miroir