Pôle Biospharm

DEMANDE POUR ANALYSE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

MATERIEL INFECTIEUX

CYTOLOGIE URINAIRE / RTV

Date du prélèvement :

MEDECIN PRELEVEUR :
……
……
……
……
……

DOUBLE MEDECIN TRAITANT ☐

UF du médecin préleveur
Etiquette/Tampon ou

Nom : ……

UF : …….....

Téléphone : ……..

IDENTIFICATION DU PATIENT
Etiquette ou

Nom :……

Prénom :…….....

Date de naissance :……

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Indication : ☐CTV ☐Hématurie ☐Urocytogramme précèdent douteux ☐Autre (préciser) :

Antécédents de tumeur vésicale : ☐OUI ☐NON
Si oui, tumeur : ☐pTa ☐pT1 ☐Bas grade ☐Haut grade ☐CIS

Traitement par BCG-thérapie : ☐OUI (en cours / récent (<3 mois) / ancien ☐NON

Aspect en cystoscopie : ☐Normal ☐Inflammatoire ☐tumeur ☐Autre (préciser) :

Commentaires éventuels :

Nature du prélèvement	Heure prélèvement	Heure fixation	Nature du prélèvement	Heure prélèvement	Heure fixation
A			**E**		
B			**F**		
C			**G**		
D			**H**		

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

Accueil : ☎ *05.49.44.27.17* - Secrétariat : ☎ *05.49.44.40.23* - Télécopie : *05.49.44.39.47* - Courriel : *sec.anapath@chu-poitiers.fr*