

DEMANDE POUR ANALYSE D'ANATOMIE  
ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES



MATERIEL INFECTIEUX

Date du prélèvement :

**EXAMEN CYTOLOGIQUE DE PONCTION DE THYROÏDE**

MEDECIN PRELEVEUR :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

DOUBLE MEDECIN TRAITANT ☐

UF du médecin préleveur

Etiquette/Tampon ou

Nom : .....

UF.....

Téléphone : .....

IDENTIFICATION DU PATIENT

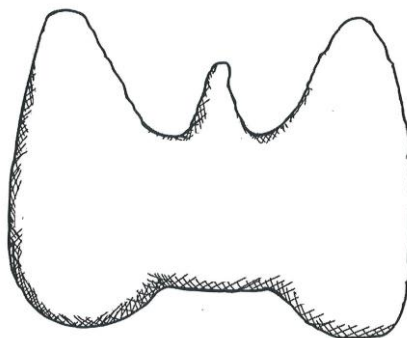
Etiquette ou

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES**



| Nature du prélèvement | Heure<br>prélève-<br>ment | Heure<br>fixation | Nature du prélèvement | Heure<br>prélève-<br>ment | Heure<br>fixation |
|-----------------------|---------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------|
| A                     |                           |                   | E                     |                           |                   |
| B                     |                           |                   | F                     |                           |                   |
| C                     |                           |                   | G                     |                           |                   |
| D                     |                           |                   | H                     |                           |                   |

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