

PRESCRIPTEUR / AUTRES DESTINATAIRES

A RENSEIGNER
OBLIGATOIREMENT

IDENTITE PATIENT

Nom : | _____ | Nom de naissance : | _____ |
 Prénom : | _____ | Date de naissance : | _____ | Sexe : M F
 N° SS : | _____ | Mutuelle : | _____ |
 Adresse : | _____ |
 Code postal : | _____ | Ville : | _____ |
 Tél. portable : | _____ | E-mail : | _____ |

FACTURATION

Patient(e) Tiers Payant Structure

Pour éviter toute avance de frais, merci de joindre la photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de carte mutuelle.

DEMANDE D'EXAMEN

Date de prélèvement : | _____ |

URGENT

Suspicion de cancer : Oui Non

Renseignements cliniques :

SVP, utilisez un flacon de taille adaptée et y inscrire l'identité du patient

* Type de prélèvement : B biopsie, P polype, E exérèse/pièce opératoire, RE résection endoscopique, L liquide, A liquide aspiration, LBA lavage broncho alvéolaire, BR brossage, CP cytoponction organe profond type pancréas, ganglion ou thyroïde

N° flacon	Type de prélèvement*	Siège	Autres informations	Prélevé à (heure)	Fixé à (heure)
1					
2					
3					
4					
5					
6					

AUTRES INFORMATIONS UTILES AU DIAGNOSTIC / DESSIN