

IDENTIFICATION PATIENT	PRATICIEN DEMANDEUR
Etiquette patient Adresse : N° d'immatriculation et caisse : Nom et prénom de l'assuré si différent et adresse de la caisse :	Identité praticien : Double(s) à adresser (Nom, prénom, ville si médecin hors IG) : ☐ Médecin IG : ☐ Médecin(s) : ☐ Autres : Etiquette labo
Date et Heure de prélèvement	
DEMANDE D'ANALYSE : THYROIDE	
☐ Biopsie : ☐ Cytologie : ☐ Pièce(s) : ☐ Ex. extempo. / urgent + tél :	
ETAT : ☐ Frais ☐ Fixé	
STATUT INFECTIEUX :	

Informations cliniques pertinentes : ☐ unique ☐ multiple ☐ GMN ☐ goitre ☐ thyroïdite

Orientation / Repérage :

Antécédents personnels et familiaux de pathologie thyroïdienne ou autre :

.....
.....

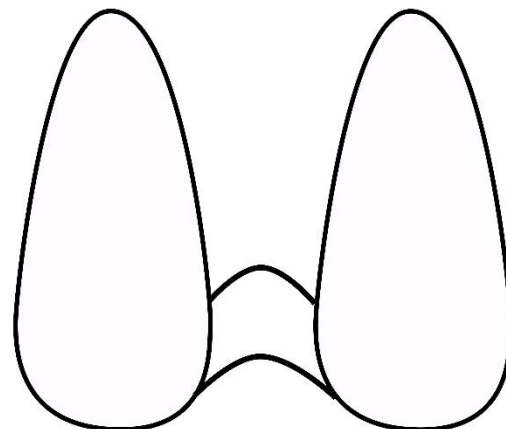
☐ DROIT

☐ GAUCHE

Commentaires :

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

LEGENDE ○ Nodule non suspect ⊗ Nodule suspect ⊙ Nodule incertain



DOUBLE CONTROLE / VÉRIFICATION LATÉRALITE par Paramédical/praticien (initiales) :

Date et heure de fixation :

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE	
Date et heure de réception :	Demande conforme : ☐ oui ☐ non
Résultat de l'examen extemporané :	