

IDENTIFICATION PATIENT	PRATICIEN DEMANDEUR
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">Etiquette patient</div>	Identité praticien : ..... Double(s) à adresser (Nom, prénom, ville si médecin hors IG) : <input type="checkbox"/> Médecin IG : ..... <input type="checkbox"/> Médecin(s) : ..... <input type="checkbox"/> Autres : .....
Adresse : .....  N° d'immatriculation et caisse : .....  Nom et prénom de l'assuré si différent et adresse de la caisse : .....	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">Etiquette labo</div>
Date et heure de prélèvement : .....	
<b>DEMANDE D'ANALYSE</b>	
<input type="checkbox"/> Biopsie : ..... <input type="checkbox"/> Cytologie : ..... <input type="checkbox"/> Pièce(s) : ..... <input type="checkbox"/> Ex. extempo./ urgent + tél : .....	
<b>ETAT</b> : <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Fixé	
<b>STATUT INFECTIEUX</b> : .....	

**Informations cliniques pertinentes (Obligatoire)**

Nature du prélèvement ou site anatomique : .....

Antécédent de ☐ Chimioth. ☐ Radioth. ☐ Hormonoth.

Localisation : ☐ droite ☐ gauche : .....

Commentaires : .....

Recherches particulières souhaitées : .....

**Pour la gynécologie** : ☐ Dépistage individuel ☐ Dépistage national organisé (joindre justificatif) ☐ Contrôle

☐ Date des dernières règles : ☐ Ménopause ☐ Grossesse ☐ Contraception / DIU

**Date et heure de fixation** :

**DOUBLE CONTROLE/VERIFICATION LATERALITE** par paramédical/praticien (initiales) :

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE	
Date et heure de réception : .....	Demande conforme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Résultat de l'examen extemporané : .....	

Réf : 2022.07.001