

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

Informations cliniques pertinentes :  unique  multiple  GMN  goitre  thyroïdite

Orientation / Repérage : .....

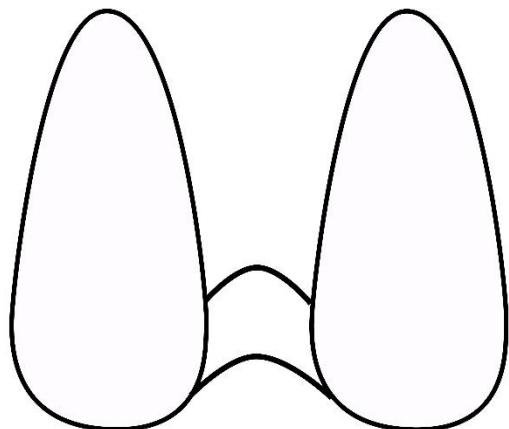
Antécédents personnels et familiaux de pathologie thyroïdienne ou autre :

DROIT

GAUCHE

Commentaires :

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



LEGENDE  Nodule non suspect  Nodule suspect

Nodule incertain

**DOUBLE CONTRÔLE / VÉRIFICATION LATÉRALITÉ** 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 : .....