

IDENTIFICATION PATIENT	PRATICIEN DEMANDEUR
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin-bottom: 10px;">Etiquette patient</div> 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) : <input type="checkbox"/> Médecin IG : <input type="checkbox"/> Médecin(s) : <input type="checkbox"/> Autres : <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin-top: 10px;">Etiquette labo</div>

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 :

.....

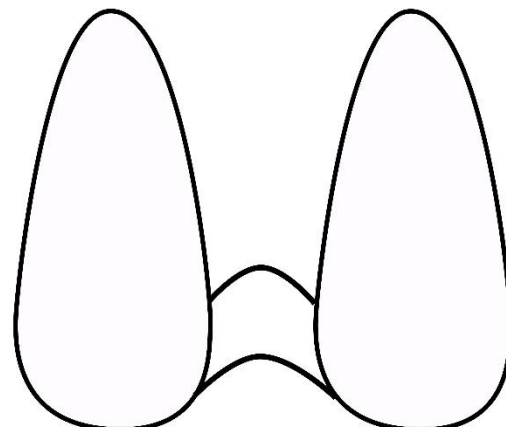
☐ DROIT

☐ 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 :