

IDENTIFICATION PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
Etiquette patient	Identité prescripteur : Si patient hospitalisé, service : Adresse : Date et Signature : 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 :	

DEMANDE D'ANALYSE ACP : THYROIDE	
<input type="checkbox"/> Biopsie :	<input type="checkbox"/> Cytologie :
<input type="checkbox"/> Pièce(s) :	
<input type="checkbox"/> Ex. extempo./ urgent + tél :	

STATUT INFECTIEUX : COVID : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non réalisé Autre :	IMPORTANT POUR LES BIOMARQUEURS : Date et heure du prélèvement : Date et heure de fixation :
---	---

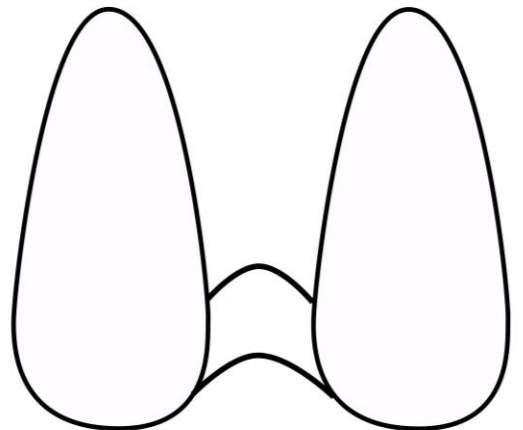
Informations cliniques pertinentes : unique multiple GMN goitre thyroïdite

Orientation / Repérage :

Commentaires :

.....

DROIT GAUCHE



LEGENDE ○ Nodule non suspect ⊗ Nodule suspect ⊙ Nodule incertain

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