

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 : SENOLOGIE	
Biopsie : <input type="checkbox"/> micro <input type="checkbox"/> macro <input type="checkbox"/> Cytologie : <input type="checkbox"/> sein <input type="checkbox"/> ggl <input type="checkbox"/> Ex. extempo./ urgent + tél : Pièce(s) : <input type="checkbox"/> Mastectomie <input type="checkbox"/> Tumorectomie <input type="checkbox"/> Gl. Sentinelle <input type="checkbox"/> Curage Axil. <input type="checkbox"/> Autre :	
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

Antécédent de Chimioth. Radioth. Hormonoth.

DROIT


GAUCHE

Repérage en place par Clip Harpon

LEGENDE

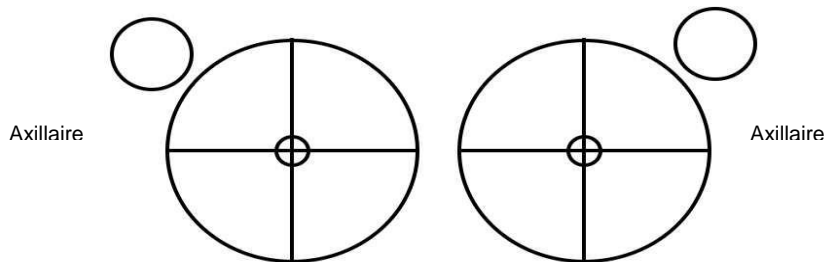
 Microcalcifications

 Tumeur

 Anomalie architecturale

Pour chaque lésion :

- Numéro d'identification :
- Tailles des lésions (en mm) :
- Localiser en rayon horaire et par distance au mamelon



VÉRIFICATION LATÉRALITE par (initiales du manip) :

Commentaires :

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

Date et heure de réception : Demande conforme : oui non

Résultat de l'examen extemporané :