

IDENTIFICATION PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
Etiquette patient	Identité prescriptrice : 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 : THYROÏDE	
<input type="checkbox"/> Biopsie : <input type="checkbox"/> Cytologie : <input type="checkbox"/> Pièce(s) : <input type="checkbox"/> Ex. extempo. / urgent + tél :	
ETAT : <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Fixé STATUT INFECTIEUX :	IMPORTANT POUR LES BIOMARQUEURS : Date et heure du prélèvement : Date et heure de fixation :

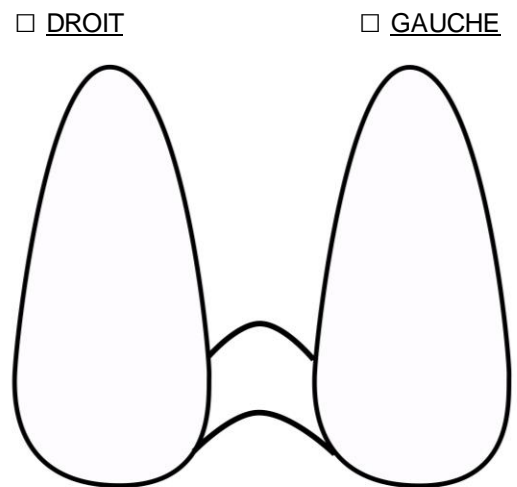
Informations cliniques pertinentes : unique multiple GMN goitre thyroïdite

Orientation / Repérage :

Antécédents personnels et familiaux de pathologie thyroïdienne ou autre :

.....

Commentaires :



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 :	