

IDENTIFICATION PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;"> <p style="font-size: 1.2em;">Etiquette patient</p> </div> <p>Adresse :</p> <p>.....</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 prescripteur :</p> <p>Si patient hospitalisé, service :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Date et Signature :</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>
DEMANDE D'ANALYSE ACP : SENOLOGIE	
<p>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 :</p> <p>Pièce(s) : <input type="checkbox"/> Mammectomie <input type="checkbox"/> Tumorectomie <input type="checkbox"/> Gl. Sentinelle <input type="checkbox"/> Curage Axil. <input type="checkbox"/> Autre :</p>	
<p>STATUT INFECTIEUX :</p> <p>COVID : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non réalisé</p> <p>Autre :</p>	<p>IMPORTANT POUR LES BIOMARQUEURS :</p> <p>Date et heure du prélèvement :</p> <p>Date et heure de fixation :</p>

Informations cliniques pertinentes

Antécédent de Chimioth. Radioth. Hormonoth.

DROIT

GAUCHE

Repérage en place par Clip Harpon

LEGENDE

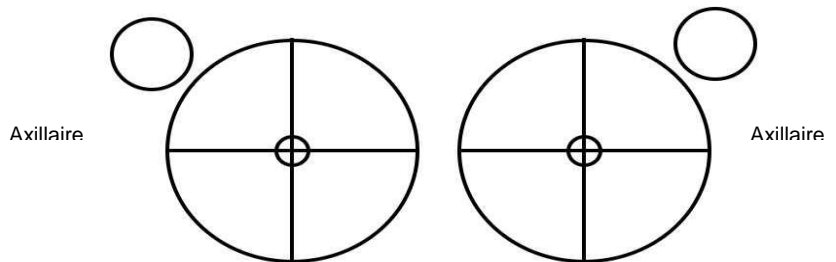
Microcalcifications

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 :