



**Service
Anatomie et
Cytologie
Pathologiques**

Étiquette patient

Nom :

Nif :

Prénom :

Sexe : F M

Né(e) le :/...../.....

Patient extérieur

N° : Rue :

.....
Ville :

Code postal :

**Étiquette ou
n° d'UF**

**Réservé
service**

Service demandeur :

Préleveur :

Prescripteur :

Autres correspondants :

Date du prélèvement : Heure :

Nom et service du pathologiste destinataire :

Réception (Réservé service Anapath) :

Date de réception : Heure :

Prélèvement Frais. Nb de prélèvements :

Fixé. Nb de flacons :

Médecin : Interne : Technicien :

Nature et topographie du prélèvement :

Biopsie

Exérèse

Durée d'ischémie chaude :

Heure de mise en fixation :

Renseignements cliniques :

EXTEMPORANE N° Tél :

Matériel supplémentaire OUI NON

URGENT

Résultat souhaité pour le/.....

N° Tél :

N° et/ou date des **PRELEVEMENTS ANTERIEURS:**

Signature

Utilisation des prélèvements du patient pour recherche :

Information CRB du patient oui non