



**Service
Anatomie et
Cytologie
Pathologiques**

Etiquette patient

Nom :

Nif :

Prénom :

Sexe : F ☐ M ☐

Né(e) le :/...../.....

Patient extérieur

N° : Rue :

.....
Ville :

Code postal :

**Etiquette 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 : Technicien :

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 ☐