

## ANATOMOPATHOLOGIE - EXAMEN HISTOLOGIQUE

### PATIENT(E)

Mme  Mlle  M. Sexe :  F  M

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance

N° de S.S.

### MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin : .....

Tél.

Email : .....

### AUTRE MÉDECIN CORRESPONDANT

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

Code postal      Ville : .....

Email : .....

### RÉSULTATS / MODE DE FACTURATION

#### Résultats

Laboratoire  Hôpital  Clinique  Médecin  Patient

#### Facturation

Patient  Correspondant Code : ..... Code facturation : .....

### DEMANDE D'EXAMEN HISTOLOGIQUE

Nature du prélèvement :

Renseignements cliniques/antécédents :

Adresse : .....

.....

Code postal      Tél.

Email : .....

Date de prélèvement

Heure de fixation   H

Nombre de flacon (s) : 1 2 3 4 5 6

### CADRE RÉSERVÉ AU CPA

*Tampon demande Immuno*

### CADRE RÉSERVÉ AU CPA

Réception/  
Dépouillage

Date d'arrivée

Non-conforme

Arrivé fixé : Oui

Non

Macroscopie

Nbre de cassettes

Nbre de fragments

A ->

B ->

C ->

D ->

Réserve R+

R-

Décalcification

Potasse

Surfixation

Colo Spé.

Enregistrement

Inclusion

Coupe