

Demande d'examens tumeurs solides

Patient :

NIP / IPP :

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F M

Médecin prescripteur :

Nom :

Tél. :

Hôpital – Service :

Date de la demande :

Signature :

Renseignements cliniques :

Diagnostic évoqué :

Localisation tumorale :

Stade :

Tumeur primitive Métastase Rechute Post-Chimio

Traitement(s) éventuel(s) :

Prélèvement :

Date et heure de prélèvement :

N° de prélèvement :

Type de prélèvement : Pièce opératoire Biopsie Autre :

Type de fixateur utilisé : Formol Autre :

Date et heure de l'envoi :

Analyse(s) demandée(s) :

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Réception :

Date de réception :

Conforme aux indications de l'expéditeur

Non conforme aux indications de l'expéditeur, précisez :