INSTITUT D'HISTO-PATHOLOGIE

55 rue Amiral du Chaffault - CS. 50424
44104 NANTES CEDEX 4
85000 LA ROCHE SUR YON
Tél. 02 51 84 26 26

4 rue Thérèse Planiol
37170 CHAMBRAY LES TOURS
Tél : 02 47 36 22 44
Site IHP CVL

4 rue Edmond Cannelle
49130 LES PONTS DE CE
Tél : 02 41 74 14 74
Site CPO

10 rue Fernand Soulet
53000 LAVAL
Tél : 02 43 01 01 08
Site CPO

Docteurs J. CHETRITT - E. GUINAUDEAU - N. JOSSELIN - W. EL ALAMI-THOMAS - V. LEMERLE - E. HEMERY - C. MAGOIS - A. BRUNIAU - O. LAGHMARI - L. LAMBROS - C. BOSSARD
L. DIBOMBE - I. CHOKRI - B. CORMIER - I. de PINIEUX - S. THANGUTURI - M. BROUSSEAU - A. DHOUIBI - S. KETTANI - E. LAVOINE - M. MEZRANI - F. JOSSIC - S. ELOIT - E. VANEENOGE

PRE-A09-ENR-007 V5

Date et heure du prélèvement : ...../.....

Heure de fixation : .....

Médecin prescripteur : .....

Double au Docteur : .....

" .....

VOTRE CACHET

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (indispensables pour la recherche des antécédents et la facturation)

Nom :.....Prénom: .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Sexe : M ❒ F ❒

N° SÉCURITÉ SOCIALE (OU INS) └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘ clé └┴┘ Caisse de CPAM .....

Adresse : .....

CP / Ville : ..... Tél. .....

NATURE DU PRÉLÈVEMENT

❒ Biopsie ❒ Exérèse ❒ Curetage ❒ Cytologie ❒ Autres

Urgent ❒ pour le .....

TOPOGRAPHIE DU PRÉLÈVEMENT

Localisation / Topographie (fils repères)	Nombre de flacons : (préciser le site de prélèvement par flacon)
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

INFORMATION POUR LE PRATICIEN ET INFORMATION AU PATIENT :

La réalisation des examens implique le traitement de vos données et de celles de vos patients. Merci de les informer sur l'existence de ce traitement dont nous sommes responsables. A ce titre, ils peuvent exercer leurs droits via notre formulaire de contact sur notre site internet www.ihp-group.fr. Les données et les prélèvements peuvent faire l'objet d'un usage secondaire à des fins scientifiques, de recherche ou d'anonymisation et le cas échéant, alimenter un entrepôt de données de santé, sauf opposition des patients après avoir été informés par vos soins. Pour plus d'informations, nous vous invitons à vous reporter au manuel de prélèvement ou sur notre site internet.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / ANTÉCÉDENTS

Réf. antérieures

.....

.....

.....

.....

.....

Cocher la case correspondant à la situation du malade.

HOSPITALISÉ ☐
AMBULATOIRE ☐
SOINS EXTERNES ☐
HORS NOMENCLATURE ☐

Inscrire le nom du patient sur l'étiquette du (des) flacon(s)

Désirez-vous (cochez la ou les cases nécessaires)

Flacons { ☐ 20 ml ☐ 500 ml ☐ 40 ml ☐ 1000 ml ☐ 125 ml ☐ 2500 ml

Enveloppes { ☐ Petites ☐ Moyennes ☐ Grandes

Codes bibles	Macro	NC	Déballage	Codes examens
	Nb cassettes		Nb flacons	