

PATIENT / Étiquette / Remplir:

Nom: _____
Nom de jeune fille: _____
Prénom: _____
Rue et N°.: _____
Code postal, Ville: _____
Téléphone: _____
Date de naissance: _____ Votre Pat-ID: _____
☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Divers: _____
Caisse maladie: _____
N° Assurance: _____
Facture à: ☐ Patient ☐ Assurance ☐ Prescripteur

PRESCRIPTEUR / Champ / Étiquette / Remplir:

Nom: _____
Prénom: _____
Rue et N°.: _____
Code postal, Ville: _____
Téléphone: _____
HIN Adresse: _____
Copie du rapport à: _____

Date de Prélèvement: _____

URGENT: ☐

Type d'échantillon

Matériel échantillon

- ☐ Liquide
☐ Sécrétion / frottis
☐ Ponction

- ☐ ThinPrep® / CytoLyt®
☐ Frottis conventionnels (spray fixe)
☐ Autres: _____

Nombre de flacons reçus: _____

Nombre de frottis reçus: _____

Matériel à examiner

- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------|
| Frottis anal | ☐ | ☐ HPV typisation (bas et haut risque) | | |
| Urine | ☐ Spontanée | ☐ Cathétérisée | | |
| Mammaire | ☐ Gauche | ☐ Sécrétions | ☐ Kyste | ☐ Nodule |
| | ☐ Droite | ☐ Sécrétions | ☐ Kyste | ☐ Nodule |
| Expectoration | ☐ | | | |
| Localisation précise: | _____ | | | |

Thérapie: _____ ☐ Chimio- / Radiothérapie
Possibilité: _____ ☐ Suspect

☐ Hormones ☐ Autre: _____
☐ Malin ☐ Autre: _____

Autres informations cliniques / Remarques: _____

Zone réservée au laboratoire uniquement

☐ Visqueux ☐ Aqueux
☐ Peu abondant ☐ Clair
☐ Sanglant ☐ Trouble
Couleur: _____
Volume (ml): _____

Autres remarques: _____

Visa et Date: _____