

## CYTOPONCTION - CYTOLOGIE

### MÉDECIN

Nom	Prénom
Adresse	Code postal
	Ville

### EXAMEN

Numéro d'examen

Date de prélèvement

**URGENT**

Nombre de flacons

### IDENTITÉ DU PATIENT

NOM	Prénom
NOM de naissance	Date de naissance

### ADRESSE PATIENT

Téléphone	Email
Rue, lieu-dit	
Code postal	Ville

Opposition au traitement des données de dépistage organisé  
  Accord du patient pour la dématérialisation de la facture

### SÉCURITÉ SOCIALE

Numéro de sécurité sociale	Code régime	Caisse gestionnaire	Bénéficiaire: <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> C2S <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> INVAL
Joindre impérativement copie attestation de droits			

### ÉTIQUETTE LABORATOIRE

### CYTOPONCTION SEIN

<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Kyste	<input type="checkbox"/> Nodule
		<input type="checkbox"/> Ponction	<input type="checkbox"/> Écoulement
		<input type="checkbox"/> Q.S.E	<input type="checkbox"/> Q.S.I
		<input type="checkbox"/> Q.I.E	<input type="checkbox"/> Q.I.I

### CYTOPONCTION THYROÏDE

<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> TIRAD 3	<input type="checkbox"/> Solide
<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> TIRAD 4	<input type="checkbox"/> Mixte
<input type="checkbox"/> Isthmique	<input type="checkbox"/> TIRAD 5	<input type="checkbox"/> Vascularisation intralésionnelle

### CYTOPONCTION GANGLIONNAIRE

Localisation <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Unique <input type="checkbox"/> Multiples
--	---

### CYTOPONCTION PAROTIDE

<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche
--------------------------------	---------------------------------

### COMMENTAIRES CLINIQUES PRÉCÉDENTS

### CADRE RÉSERVÉ AU CABINET