

**Bon de demande
MICRO/ MACRO BIOPSIE
DU SEIN**

Etiquette laboratoire

☐ **URGENT** ☐ à faxer ☐ à téléphoner Merci de préciser N°:**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**Sexe : ☐ F ☐ M

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Mail :

Téléphone :

☐ accord du patient pour la dématérialisation de la facture

Adresse patient(e) :

.....

CP : ville :

N° SS :

Caisse :

Nom et N° Mutuelle :

Bénéficiaire ☐ CMU ☐ ACS ☐ AME ☐ ALD ☐ INVALjoindre impérativement copie attestation de droits**MEDECIN PRESCRIPTEUR / PRELEVEUR**

Nom / Adresse / Service / N° ADELI – RPPS :

.....

.....

.....

Signature et cachet

AUTRE(S) MEDECIN(S) CORRESPONDANT(S)

Nom(s) / Adresse(s) / Service(s) :

.....

.....

.....

.....

DEMANDE D'EXAMEN / RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**Nature du prélèvement**☐ Microbiopsie☐ Macrobiopsie Nombre de carottes avec microcalcifications :☐ Biopsie cutanée☐ sein DROIT☐ sein GAUCHE

Nbre de pots :

Signes et symptômes☐ lésion palpable☐ lésion infraclinique☐ masse☐ microcalcifications☐ écoulement☐ lésion cutanée**Topo prélèvement**☐ QSE☐ QIE☐ QSI☐ QII☐ UQS☐ UQE☐ UQInt☐ UQInf☐ mamelon☐ central☐ prolongement axillaire**Guidage biopsique**☐ manuel☐ stéréotaxique☐ échoguidé☐ IRM**Classification radiologique :**☐ ACR1☐ ACR2☐ ACR3☐ ACR4☐ ACR5

Date de prélèvement :

Heure de prélèvement :

Heure de fixation :

Commentaires, renseignements radiologiques/biologiques :

.....

.....

Documents joints nombre et nature :

Antécédents :

Traitements en cours :

Cadre réservé au laboratoire :

Le verso est réservé au laboratoire

DISCLAIMER: Unilabs France traite avec attention vos données à caractère personnel. Dans le cadre du RGPD, nous reconnaissons vos droits en tant que personne concernée.
Pour plus d'informations, veuillez consulter <http://www.unilabs.fr> Rubrique « Protection des données »