

**CLERMONT-FERRAND**  
18 avenue Léonard de Vinci  
63063 Clermont-Ferrand Cedex 1  
Tel : 04 73 28 51 70  
Fax : 04 73 28 51 80

**BOURGES**  
4 Quai Messire Jacques - BP252  
18000 Bourges  
Tel : 02 48 50 54 24

**NEVERS**  
16 rue Clerget – BP 549  
58005 Nevers Cedex  
Tel : 03 86 61 48 90  
Fax : 03 86 61 96 80

**URGENT**       A faxer       A téléphoner      Merci de préciser N° :

**Date de prélèvement :** \_\_\_\_\_      **Heure de prélèvement :** \_\_\_\_\_      **Heure de fixation :** \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Sexe :  F  M      Mail : \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage : \_\_\_\_\_      Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_      N° SS : \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance : \_\_\_\_\_      Caisse : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_      Bénéficiaire CMU    C2S    AME    ALD    INVAL  
 Adresse patient(e) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Joindre impérativement copie attestation de droits

**FACTURATION :**  HOPITAL     CLINIQUE     PATIENT

**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**

**BIOPSIES PROSTATIQUES**

Nbre de pots : .....

	Lobe droit	Nombre de biopsies	Lobe gauche	Nombre de biopsies
Base	D I	0 – 1 – 2 – 3	G I	0 – 1 – 2 – 3
Milieu	D II	0 – 1 – 2 – 3	G II	0 – 1 – 2 – 3
Apex	D III	0 – 1 – 2 – 3	G III	0 – 1 – 2 – 3
Antérieure	D IV	0 – 1 – 2 – 3	G IV	0 – 1 – 2 – 3
	D V	0 – 1 – 2 – 3	G V	0 – 1 – 2 – 3
	D VI	0 – 1 – 2 – 3	G VI	0 – 1 – 2 – 3

PSA : \_\_\_\_\_ ng/ml      Volume prostatique estimé : \_\_\_\_\_ TR : \_\_\_\_\_

Documents joints nombre et nature : \_\_\_\_\_

Antécédents : \_\_\_\_\_

Traitements en cours : \_\_\_\_\_

Cadre réservé au laboratoire :

Le verso est réservé au laboratoire