

CLERMONT-FERRAND

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

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

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 <https://unilabs.fr> Rubrique « Protection des données »

Notre manuel de prélèvement est consultable à l'adresse <https://pathologie.unilabs.fr>