



UNILABS - PATHOLOGIE NORD

EXAMEN ANATOMO-CYTO-PATHOLOGIQUE

Docteurs Xavier BONNIERE, Dominique CATHELINÉAU,
Hervé COTTEN, Christian DELERIVE, Jérôme DELPLACE,
Fabienne DUPONT-EVRARD, Jean-Marie HARIMENSHI, Daniela IRIMESCU,
Thierry MALARD, Pierre-Yves PAQUET, Françoise THELU

cadre réservé au laboratoire

Nbre de flacons reçus :

Nbre de lames reçues :

Non-conformité

Résultats :

URGENT

A faxer :

A téléphoner :

MEDECIN PRESCRIPTEUR : (signature et cachet)

Résultats à adresser :

Médecin prescripteur

Médecins correspondants
(noms, adresses)

Patient (selon les résultats)

DATE : ___/___/___ Heure de prélèvement : _____ Heure de fixation : _____

Nombre de flacons transmis : _____ Nombre de lames transmises : _____

Madame Mademoiselle Monsieur Enfant

NOM : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____ DDN : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tél : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Mail : _____

Adresse : _____

Code Postal : | | | | | | | | Ville : _____

N° Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Caisse : _____ Mutuelle : _____

Le(a) patient(e) s'oppose à la transmission des données à des fins de recherche médicale.

Honoraires à adresser : à l'hôpital au laboratoire Bordereau 615 au patient
 CMU ALD cpam + mutuelle (joindre photocopies)

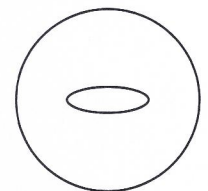
Nature du prélèvement : Exérèse Biopsie(s) F.C.U.
 Cytologie Curetage
 Extemporane Immunofluorescence

N° de référence des examens précédents :

Localisation anatomique du prélèvement :

Photo prise

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :



Traitement en cours :

Pour les prélèvements gynécologiques : Grossesse Ménopause Hystérectomie
 D.D.R..... D.I.U. Contraception Aspect du col.....

LILLE

60, Bd J.B. Lebas
BP 625

59024 LILLE Cedex

Tél. : 03.20.97.40.97 - Fax : 03.20.97.40.87

VALENCIENNES

27, Avenue du Général Horne
BP90372

59307 VALENCIENNES CEDEX

Tél. : 03.27.47.12.12 - Fax : 03.27.41.44.66