

SERVICE de PATHOLOGIE

Plateforme de Biologie Hospitalo-Universitaire
 CHU DIJON BOURGOGNE
 2, rue Angélique Ducoudray BP 37013 - 21070 DIJON Cedex
 Pr Laurent MARTIN - laurent.martin@chu-dijon.fr
 Heures d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 8h à 18h
 Tel : 03 80 29 33 01 Fax : 03 80 29 57 17



Cadre réservé
 au laboratoire

BON de demande d'examen CYTOpathologique

Identification PATIENT	Identification PRESCRIPTEUR
<i>Etiquette d'identification du patient Avec NDA et NIP à coller ici (OBLIGATOIRE)</i>	UF de réalisation du prélèvement (obligatoire si CHU) : Service et Centre hospitalier (obligatoire si hors CHU) : Médecin prescripteur : (NOM Prénom obligatoire) Médecin préleveur : (si différent du prescripteur) Autre médecin :
Renseignements concernant le(s) PRELEVEMENT(S)	
Nombre de prélèvement(s) envoyé(s) = <i>obligatoire</i> Nb de flacon(s) : Nb de lame(s) :	Date et heure de prélèvement = <i>obligatoire</i> Date : / / 20 Heure : h mn
<input type="checkbox"/> FROTTIS CERVICO UTERIN <input type="checkbox"/> dépistage individuel (< 30 ans) <input type="checkbox"/> contrôle de lésion <input type="checkbox"/> dépistage organisé (< 30 ans) <i>coller l'étiquette ci-contre</i> → Opposition de la patiente à la transmission des données : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Dernières règles :/...../..... <input type="checkbox"/> aménorrhée <input type="checkbox"/> contraception orale <input type="checkbox"/> stérilet <input type="checkbox"/> implant <input type="checkbox"/> grossesse :..... SA <input type="checkbox"/> Post partum <input type="checkbox"/> ménopause <input type="checkbox"/> THS <input type="checkbox"/> métrorragies Aspect macroscopique du col :	<input type="checkbox"/> Cytoponction NODULE THYROIDIEN Localisation : Taille : Vascularisation : Microcalcification : Echogénicité : Eu-TIRADS :
<input type="checkbox"/> SEREUSES <input type="checkbox"/> liquide péricardique <input type="checkbox"/> liquide péritonéal <input type="checkbox"/> ascite <input type="checkbox"/> liquide pleural	<input type="checkbox"/> Cytoponction ORGANES PROFONDS <input type="checkbox"/> médiastin <input type="checkbox"/> parotide <input type="checkbox"/> ganglion <input type="checkbox"/> autres : Heure de fixation dans le formol : h mn
<input type="checkbox"/> URINES <input type="checkbox"/> mictionnelles <input type="checkbox"/> cystoscopie - résultat : <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Cytoponction de KYSTES <input type="checkbox"/> ovaire <input type="checkbox"/> autre : <input type="checkbox"/> LCR <i>Si suspicion de Creutzfeldt-jakob ne pas adresser de prélèvement au laboratoire</i> <input type="checkbox"/> FIBRO - ASPIRATION BRONCHIQUE <input type="checkbox"/> LBA Volume recueilli : <input type="checkbox"/> AUTRE type de PRELEVEMENT :
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (contexte clinique, antécédents, hypothèses diagnostiques)	
<input type="checkbox"/> Urgent (minimum 48h) <input type="checkbox"/> Résultat souhaité pour le :/...../.....	Signature du médecin :