

IDENTIFICATION PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
Etiquette patient	Identité prescripteur : ..... Si patient hospitalisé, service : ..... Adresse : ..... ..... Date et Signature :  Double(s) à adresser (Nom, prénom, ville si médecin hors IG) : <input type="checkbox"/> Médecin IG : ..... <input type="checkbox"/> Médecin(s) : ..... <input type="checkbox"/> Autres : .....
Adresse : ..... ..... N° d'immatriculation et caisse : ..... Nom et prénom de l'assuré si différent et adresse de la caisse : .....	
DEMANDE D'ANALYSE ACP	
<input type="checkbox"/> Biopsie : .....	<input type="checkbox"/> Cytologie : .....
<input type="checkbox"/> Pièce(s) : .....	
<input type="checkbox"/> Ex. extempo./ urgent + tél : .....	
<b>STATUT INFECTIEUX :</b> COVID : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non réalisé Autre : .....	<b>IMPORTANT POUR LES BIOMARQUEURS :</b> Date et heure du prélèvement : ..... Date et heure de fixation : .....

**Informations cliniques pertinentes**

Nature du prélèvement ou site anatomique : .....

Antécédent de  Chimioth.     Radioth.     Hormonoth.

Localisation :  droite     gauche : .....

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**CADRE RESERVE AU LABORATOIRE**

Date et heure de réception : ..... Demande conforme :  oui     non

Résultat de l'examen extemporané : .....

Réf : 2022.07.001