INSTITUT PASTEUR DE MADAGASCAR – CENTRE DE BIOLOGIE CLINIQUE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR UN EXAMEN ANATOMOCYTOPATHOLOGIQUE

(Nous vous remercions de bien vouloir joindre cette fiche dûment remplie à votre prescription)

NE RIEN INSCRIRE ICI
! ! ! ! ! ! ! !

Médecin prescripteur :

Nom : ……
Adresse : ☐Hôpital ☐Clinique ☐Cabinet Appellation : ……..
Service : …….. Rue ou BP : ……
Ville : ……. Tél : …… Fax : ……
Email : ……

Patient :

Nom : ……
Prénoms : ……Nationalité……Ethnie…….
Date de naissance : _____/_____/_____ Sexe : ☐F ☐M
Adresse : ……..
Ville : ……Rue ou BP…… Tél : ……..

Renseignements sur le prélèvement :

Mode de prélèvement : ☐Biopsie ☐Pièce opératoire ☐Biopsie exérèse ☐Résection ☐Curetage ☐Polypectomie
Date de prélèvement : ___/___/_____
Organe(s) prélevé(s) : 1 ……
2 ……
3 ……
4 ……
Nombre de flacons : ……
Fixation du prélèvement : ☐Rien ☐Bouin ☐Formol à 10% ☐Alcool ☐Autre à préciser ……..
Date de mise en fixation : ___/___/____

Renseignements cliniques :

Date de début des symptômes : ___/___/_____

Symptômes et évolution : ……

……...

Aspect des lésions : ……

……...

Diagnostic évoqué : ……....

Antécédents pouvant être en rapport avec le problème actuel : ……..

……...

……...

Si patient de sexe féminin :

Parité !__ !__ ! Gestité !__ !__ ! Age des premières règles !__ !__ !

Allaitement au sein ☐Non ☐Oui Ménopause ☐Non ☐Oui

Contraception hormonale ☐Non ☐Oui Autre thérapeutique hormonale ☐Non ☐Oui

Traitement déjà administré ……....

Examen anatomocytopathologique antérieur ☐Non ☐Oui Date ___/___/____

Laboratoire ☐IPM, numéro de l'examen (dossier) !__ !__ !.!__ !__ !__ !__ ! ☐Autre laboratoire (à préciser) ……..