



**Service d'Anatomo-Cyto-Pathologie et de Neuropathologie**  
**Pr. Laurent DANIEL - Hôpital de la TIMONE 2**

264 Rue Saint Pierre – 13385 Marseille cedex 05

**Secrétariat 04 13 42 90 10 - Fax. 04 91 38 44 11**

Réception des prélèvements : Lundi au Vendredi de 7h00 à 16h30

**Hôpitaux Universitaires de Marseille** | **ap·hm**

REF : MMF043

**BON DE DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTO-PATHOLOGIQUE**

(Utiliser le bon dédié : pour un fœtus ou un placenta réf : MMF048, pour une autopsie réf : MMF049)

**Ne pas remplir les cases grisées : réservées au service**

<p align="center"><b>Service Demandeur</b></p>   <p><b>UF :</b> <b>Tél. :</b></p>	<p align="center"><b>Patient</b></p> <p>NOM marital :          NOM de jeune fille :          Prénom :          Date de naissance :     /     /          Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>          N° Hospitalisation :</p>	<p align="center"><b>Numéro de travail</b></p>
<p><b>Médecin (s) prescripteur (s) (obligatoire)</b>          Nom, Prénom :</p>  <p>Tél. : _____</p> <p align="right">Signature : _____</p>	<p><b>Préleveur (si différent du prescripteur)</b>          Nom, Prénom :</p>  <p>Tél. : _____</p> <p align="right">Signature : _____</p>	<p align="center"><b>Horodateur réception</b></p>

<p><b>Date de prélèvement :</b></p>	<p><b>Heures : de prélèvement :</b></p>	<p><b>de fixation :</b></p>
<p align="center"><input type="checkbox"/> <b>Frais :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Extemporané    <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Heure de fixation dans le service d'ACP :</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> <b>Fixé :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Formol    <input type="checkbox"/> Glutaraldehyde (ME)    <input type="checkbox"/> Michel (IFD immunofluorescence)</p>	

<p><b>Nombre de LAMES :</b></p> <p align="center"><b>Pour chacun des prélèvements, préciser s'il s'agit d'une biopsie (BI) ou d'une pièce opératoire (PO)</b></p>	<p align="center"><b>Nombre total de POTS :</b></p>
<p align="center"><b>SIEGE, ORGANE, TOPOGRAPHIE</b></p>	<p align="center"><b>RENSEIGNEMENTS POUR LE DIAGNOSTIC</b></p>
<p><b>A</b>    <input type="checkbox"/> Cytologie  <input type="checkbox"/> Biopsie  <input type="checkbox"/> PO</p>	
<p><b>B</b>    <input type="checkbox"/> Cytologie  <input type="checkbox"/> Biopsie  <input type="checkbox"/> PO</p>	
<p><b>C</b>    <input type="checkbox"/> Cytologie  <input type="checkbox"/> Biopsie  <input type="checkbox"/> PO</p>	
<p><b>D</b>    <input type="checkbox"/> Cytologie  <input type="checkbox"/> Biopsie  <input type="checkbox"/> PO</p>	
<p><b>E</b>    <input type="checkbox"/> Cytologie  <input type="checkbox"/> Biopsie  <input type="checkbox"/> PO</p>	
<p><b>F</b>    <input type="checkbox"/> Cytologie  <input type="checkbox"/> Biopsie  <input type="checkbox"/> PO</p>	
<p>&gt; 6 prélèvements, utiliser un autre bon de demande (ou écrire au dos) →</p>	

<p><b>Déposant :</b></p>	<p align="center"><b>Technicien de réception :</b></p>
<p><input type="checkbox"/> Refusé                      <input type="checkbox"/> Accepté</p>	

**ATTENTION : NE JAMAIS LAISSER SEUL UN PRÉLÈVEMENT SEUL - APPELER LE 04 13 42 90 33**