

BON DE PRESCRIPTION
EXAMEN D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
HOPITAL NORD - PR. Laurent DANIEL - UF 2221
CHU NORD, Pavillon ÉTOILE, 3ème Étage Chemin des Bourrely, 13015 Marseille

HORODATAGE
RÉCEPTION

Réception :
(04 91 9) 65 583
du Lundi au Vendredi
7h - 17h

Secrétariat : 65 606
du Lundi au Jeudi
8h - 16h30
Vendredi 8h - 16h
Fax : 65 595

Le service est fermé les
weekends et fériés

IDENTITÉ DU PATIENT
ETIQUETTE DU SÉJOUR EN COURS OBLIGATOIRE

NOM MARITAL

NOM DE NAISSANCE

PRENOM

DATE NAISS SEXE : F M

HOSPITALISATION NPI

REEMPLIR OBLIGATOIREMENT
ET CORRECTEMENT
les cases en vert clair!

Les demandes d'examens non conformes seront refusées par le service ACP

RÉSERVÉ AU SERVICE ACP

NUMÉRO D'ENREGISTREMENT :

PRÉLEVEUR

NOM DU SERVICE **UF**
(dans TDHC = U....)

Tél. : Salle/bloc :

PRÉLEVEUR, Nom, fonction : **SIGNATURE :**

PRESCRIPTEUR

NOM DU SERVICE **UF**
CONSULT OU HOSPIT
(dans TDHC = CORRESP.)

Tél. :

PRESCRIPTEUR, Nom, fonction : **SIGNATURE :**

PRÉLÈVEMENT DATE le **HEURE** h **HEURE DE MISE EN FIXATION** h

Prélèvements *(type et nombre)*

..... FRAIS FIXÉ

Examen / Biopsie Extemporané(e) Biopsie

Exérèse/ Pièce opératoire Exérèse/ Pièce opératoire

Cytologie Cytologie

Cytoponction Cytoponction

Immunofluo. Immunofluo.

Conditionnement

Nbre de Pots Nbre de Tubes
Nbre de Cassettes Nbre de Blocs
Nbre de Boîtes
contenant un nombre total de Lames

DIFFÉRENTS SIÈGES DE PRÉLÈVEMENTS *(préciser l'urgence si nécessaire)*

A

B

C

D

E

suite au dos

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES :

.....

.....

voir au dos si besoin

RÉSERVÉ AU SERVICE ACP **PATHOLOGISTE LECTEUR**

Commentaires / remarques : **NOM :**

Date de dictée

CODES TEXTE	CODES ADICAP	CODES SNOMED	CODES ACP/CCAM
.....
.....
.....
.....



AUTRES SIÈGES DE PRÉLÈVEMENT

F

G

H

I

J

K

L

M

N

AUTRES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

COMMENTAIRES RÉSERVÉS AU SERVICE ACP

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

