

NOM :  
 Prénom : **Etiquette**  
 NOM de naissance :  
 Né(e) le : **Patient**  
 Sexe :  
 Numéro patient :  
 Service demandeur :

Adresser le CR à :  
 Prescripteur : \_\_\_\_\_  
 Préleveur : \_\_\_\_\_  
 Service :

**ACP**

**ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES**

DSEL0036018



DATE DE PRELEVEMENT       HEURE D EXERESE      
 J J / M M / A A H H / M M

Type de "cochage" IMPERATIF stylo bille

FIXATION

Pour Prélèvement Hors CHU : Adresse du patient  
 .....  
Etablissement : .....  
 .....  
 Code postal ..... Ville .....

**Cadre réservé au prescripteur**

**EXAMEN EXTEMPORANE** TEL : .....  
 **URGENCE** TEL : .....  
 **TUMOROTHEQUE**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**      Protocole  Réf. : .....

Nature du prélèvement : .....

Pièce opératoire  Biopsie  Cytologie  Nb de flacons :   Sang  Nb de flacons :

Renseignements cliniques et biologiques :

Examens antérieurs : (N° - date - laboratoire )

**Cadre réservé au laboratoire**

Examen cytologique : Volume : ..... Aspect : .....

Nombre de flacons   Frais  Fixé  NC:..... Code libre : .....

Tumorothèque TN Tube  K7  Position : .....

TT Tube  K7  Position : .....

Collection : .....

ACP9 - 07/12/2020  
 GEDI 19429

Date/Heure : ..... Initiales : ..... Date/Heure : ..... Initiales : .....



**SERVICE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES**

**Pavillon Jacques DELARUE**

**CHU DE ROUEN**

Hôpital Charles Nicolle, 1 rue de Germont  
76031 ROUEN CEDEX

**Horaires d'ouverture :**

du lundi au vendredi de 8h30 à 17h

TEL 02.32.88.82.12 - FAX 02.32.88.86.46  
Secrétariat : 68212

**SERVICE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES**

**Pavillon Jacques DELARUE**

**CHU DE ROUEN**

Hôpital Charles Nicolle, 1 rue de Germont  
76031 ROUEN CEDEX

**Horaires d'ouverture :**

du lundi au vendredi de 8h30 à 17h

TEL 02.32.88.82.12 - FAX 02.32.88.86.46  
Secrétariat : 68212