BIOMED 34

INOPATH
DEPARTEMENT D'ANATOMO CYTO PATHOLOGIE

CASTRES
Drs JB. DECORSIERE, P. FAURE
inopath.castres@biomed34.fr - 05 63 51 40 80
20 bd du Maréchal Foch 81100 CASTRES

SERIGNAN Drs D. BREL, F. LACROUX, P. NAYRAUD et L. SCHWEIZER
inopath.serignan@biomed34.fr - 04 67 62 64 81
ZAC de Bellegarde, route de Valras 34410 SERIGNAN

Réservé au laboratoire

Renseignements et préconisations :
EXAMEN CYTOLOGIQUE (Hors FCU et urines)

☐ **URGENT**

Prescripteur	Autre médecin correspondant

*A renseigner obligatoirement

PATIENT

Nom usuel (marital)* : ..... Sexe : ❑ H ❑ F
Nom de naissance* : .....
Prénom* : ..... **Date de naissance*** : .....
Adresse : .....
..... Tel. : .....
N°Sécurité Sociale* : .....
Prise en charge* : ❑ C2S ❑ ALD ❑ AME
Régime : ❑ CPAM ❑ MSA ❑ Autre : .....

❑ Je soussigné(e), refuse que le laboratoire transmette mes renseignements cliniques au centre de gestion de dépistage du cancer ou autres organismes à des fins de recherches cliniques.

Fait à ..... Le ..... / ..... /..... Signature

*Pour les prélèvements non déposés directement au laboratoire, en cas de tiers payant, merci de joindre une photocopie de l'**attestation carte vitale** et **mutuelle.***

DONNÉES CLINIQUES

Renseignements cliniques & antécédents :

LABO

Date : ..... / ..... /..... Heure de réception : ..... Par : .....
Nombre de flacons : ..... ❑ Saisie ❑ CR
❑ **Non conforme** - Motif : .....
.....

BIOMED 34

INOPATH
DEPARTEMENT D'ANATOMO CYTO PATHOLOGIE

CASTRES
Drs JB. DECORSIERE, P. FAURE
inopath.castres@biomed34.fr - 05 63 51 40 80
20 bd du Maréchal Foch 81100 CASTRES

SERIGNAN Drs D. BREL, F. LACROUX, P. NAYRAUD et L. SCHWEIZER
inopath.serignan@biomed34.fr - 04 67 62 64 81
ZAC de Bellegarde, route de Valras 34410 SERIGNAN

Réservé au laboratoire

Renseignements et préconisations :
EXAMEN CYTOLOGIQUE (Hors FCU et urines)

☐ **URGENT**

Prescripteur	Autre médecin correspondant

*A renseigner obligatoirement

PATIENT

Nom usuel (marital)* : ..... Sexe : ❑ H ❑ F
Nom de naissance* : .....
Prénom* : ..... **Date de naissance*** : .....
Adresse : .....
..... Tel. : .....
N°Sécurité Sociale* : .....
Prise en charge* : ❑ C2S ❑ ALD ❑ AME
Régime : ❑ CPAM ❑ MSA ❑ Autre : .....

❑ Je soussigné(e), refuse que le laboratoire transmette mes renseignements cliniques au centre de gestion de dépistage du cancer ou autres organismes à des fins de recherches cliniques.

Fait à ..... Le ..... / ..... /..... Signature

*Pour les prélèvements non déposés directement au laboratoire, en cas de tiers payant, merci de joindre une photocopie de l'**attestation carte vitale** et **mutuelle.***

DONNÉES CLINIQUES

Renseignements cliniques & antécédents :

LABO

Date : ..... / ..... /..... Heure de réception : ..... Par : .....
Nombre de flacons : ..... ❑ Saisie ❑ CR
❑ **Non conforme** - Motif : .....
.....

ACP-RI-ENR.003_BM34 Renseignements et préconisations : Examen cytologique (Hors FCU et urines) Version 02
Date application : 05/02/2021 Page 1/2

PRÉLÈVEMENT

Date du prélèvement* : ..... / ..... /..... **Heure de prélèvement* :** .....

Heure de fixation* : .....

Nature du prélèvement* :

❑ Mammaire	❑ Thyroïde	❑ LCR
❑ Aspiration bronchique	❑ Plèvre	❑ LBA
❑ Péritoine	❑ Péricarde	❑ Liq. articulaire
❑ Autres :		

Le préleveur certifie avoir vérifié l'identité du patient à l'aide d'un document officiel.

MODALITÉS DE PRÉLÈVEMENT
Recommandations laboratoire

Matériels fournis par le laboratoire

Flacons avec fixateur alcoolique ou flacons secs en fonction du type de prélèvement.

Flacon contenant de l'éthanol
- Liquide et vapeurs inflammables H225
- Éviter le contact avec les yeux et la peau
- Ne pas inhaler
- Ne pas avaler

Recommandations

Noter sur chaque flacon l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance)

Lors de prélèvements multiples, numéroter les flacons et les identifier

- **Prélèvement mammaire** : flacon 60 ml rempli à 12 ml fixateur alcoolique ou étalement sur lame
- **Prélèvement thyroïdien** : étalement direct sur lame
- **Cytoponction séreuse** - plèvre, péritoine, péricarde, … **:** flacon 150 ml rempli à 30 ml fixateur alcoolique
- **Prélèvement articulaire** : flacon 150 ml rempli à 30 ml fixateur alcoolique
- **LBA* :** flacon sec 150ml + sachet jaune – Conservation : 1 heure à 4°C
- **LCR* :** flacon sec 60 ml + sachet jaune – Conservation : 1 heure à 4°C

Conservation et acheminement à **température ambiante** *(* Sauf LBA ET LCR)*

INOPATH
DEPARTEMENT D'ANATOMO CYTO PATHOLOGIE

PRÉLÈVEMENT

Date du prélèvement* : ..... / ..... /..... Heure de prélèvement* : .....

Heure de fixation* : .....

Nature du prélèvement* : ❑ Mammaire ❑ Thyroïde ❑ LCR ❑ Aspiration bronchique ❑ Plèvre ❑ LBA ❑ Péritoine ❑ Péricarde ❑ Liq. articulaire ❑ Autres : .....

Le préleveur certifie avoir vérifié l'identité du patient à l'aide d'un document officiel.

MODALITÉS DE PRÉLÈVEMENT
Recommandations laboratoire

Matériels fournis par le laboratoire

Flacons avec fixateur alcoolique ou flacons secs en fonction du type de prélèvement.

Flacon contenant de l'éthanol
- Liquide et vapeurs inflammables H225
- Éviter le contact avec les yeux et la peau
- Ne pas inhaler
- Ne pas avaler

Recommandations

Noter sur chaque flacon l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance)

Lors de prélèvements multiples, numéroter les flacons et les identifier

- Prélèvement mammaire : flacon 60 ml rempli à 12 ml fixateur alcoolique ou étalement sur lame
- Prélèvement thyroïdien : étalement direct sur lame
- Cytoponction séreuse - plèvre, péritoine, péricarde, … : flacon 150 ml rempli à 30 ml fixateur alcoolique
- Prélèvement articulaire : flacon 150 ml rempli à 30 ml fixateur alcoolique
- LBA* : flacon sec 150ml + sachet jaune – Conservation : 1 heure à 4°C
- LCR* : flacon sec 60 ml + sachet jaune – Conservation : 1 heure à 4°C

Conservation et acheminement à température ambiante (* Sauf LBA ET LCR)

ACP-RI-ENR.003_BM34 Renseignements et préconisations : Examen cytologique (Hors FCU et urines) Version 02
Date application : 05/02/2021 Page 2/2