

Etiquette labo

| IDENTIFICATION PATIENT  | MEDECIN PRESCRIPTEUR   |
|---|--|
| Etiquette patient   | Identité prescripteur : .....<br>Si patient hospitalisé, service : .....<br>Adresse : .....<br>.....<br>.....<br>Date et Signature : .....<br>.....<br>Double(s) à adresser (Nom, prénom, ville si médecin hors IG) :<br><input type="checkbox"/> Médecin IG : .....<br><input type="checkbox"/> Médecin(s) : .....<br><input type="checkbox"/> Autres : ..... |
| Adresse : .....<br>.....<br>.....<br>N° d'immatriculation et caisse : .....<br>.....<br>Nom et prénom de l'assuré si différent et adresse de la caisse : .....<br>..... |  |

| DEMANDE D'ANALYSE ACP : THYROÏDE  |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Biopsie : .....  | <input type="checkbox"/> Cytologie : .....  |
| <input type="checkbox"/> Pièce(s) : .....   |   |
| <input type="checkbox"/> Ex. extempo./ urgent + tél : .....   |   |
| <b>STATUT INFECTIEUX :</b><br>COVID : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non réalisé<br>Autre : ..... | <b>IMPORTANT POUR LES BIOMARQUEURS :</b><br>Date et heure du prélèvement : .....<br>Date et heure de fixation : ..... |

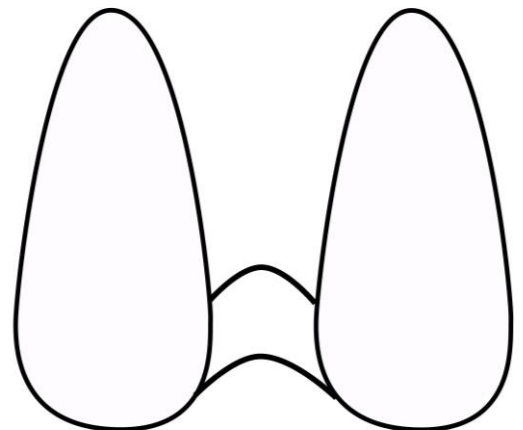
**Informations cliniques pertinentes** :  unique     multiple     GMN     goitre     thyroïdite

**Orientation / Repérage** : .....

**Commentaires** : .....

DROIT

GAUCHE



**LEGENDE** ○ Nodule non suspect    ⊗ Nodule suspect    ⊙ Nodule incertain

| CADRE RESERVE AU LABORATOIRE             |  |
|--|--|
| Date et heure de réception : .....       | Demande conforme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Résultat de l'examen extemporané : ..... |  |