

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Chef de service : **Docteur GUERZIDER** ☎ 02.72.27.85.00

Docteur BENARD – Docteur GONIN – Docteur OTT

IDENTIFICATION DU PATIENT

(ou étiquette patient)

Nom :

Nom de naissance :

(obligatoire)

Prénom :

Date de naissance : . . / . . / . .

Sexe : M F

N°IPP :

Service :

Médecin prescripteur :

Double au Docteur :

N° S.S. :

En rapport avec l'ALD : Oui Non

Adresse :

(obligatoire)

Date du prélèvement : / /

Heure du prélèvement :

Heure de fixation :

Nature du prélèvement :

Merci d'informer votre patient que le prélèvement sera pris en charge au laboratoire d'anatomie pathologique du centre hospitalier de Saint-Nazaire, et qu'il sera destinataire d'une facture qui pourra faire l'objet d'un remboursement par sa mutuelle dès réception du règlement

EXAMENS DEMANDES :

Extempo : oui non Numéro à rappeler :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES :

.....

.....

.....

.....

.....

ADICAP	CCAM		PHN		QUANTITE	
					HPS :	BLOCS :
					MGG :	M.C :
					PAS :	T.S :
					G.S :	
					VERT :	JONES :
					ZIEHL :	WEIGERT :