

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 :

Date du prélèvement :/...../.....

Heure du prélèvement :

Heure de fixation :

Adresse :

(obligatoire)

N° S.S. :

En rapport avec l'ALD : Oui ☐ Non

*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*

Extempo : ☐ oui ☐ non Numéro à rappeler :

Sein

☐ DROIT

☐ GAUCHE

Localisation :

☐ QSI

☐ QII

☐ QSE

☐ QIE

☐ Rétroaréolaire

Lésion :

☐ Unique

☐ Multiples

☐ Nodule

☐ Microcalcifications

☐ Désorganisation

Taille : TNM : ACR :

Prélèvement pré-opératoire :

☐ Microbiopsie

☐ Macrobiopsie

☐ CI-SAI

☐ CLI

☐ CCIS

☐ autre

Chimiothérapie néoadjuvante : ☐ Oui ☐ Non

si oui, résidu tumoral post-chimiothérapie :

Acte chirurgical :

☐ Zonectomie

☐ Reprise de berges

☐ Mastectomie

Marges d'exérèse : postérieure = au contact du muscle pectoral

☐ Oui ☐ Non

antérieure = au contact de la peau

☐ Oui ☐ Non

Orientation de la pièce

Recoupes :

Antérieure

Postérieure

Supérieure

Inférieure

Interne

Externe

Face marquée ☐ Tumorale

☐ Non tumorale

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