

**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 :

**Adresse :**

(obligatoire)

**N° S.S. :**

**En rapport avec l'ALD :** Oui  Non

Date du prélèvement : ...../...../.....

Heure du prélèvement :

Heure de fixation :

*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*

**Renseignements cliniques :**

- Symptomatologie : .....

- T R : .....

- PSA : .....

- IRM : .....

**Cartographie prostatique : siège des prélèvements et identification**

	DROIT		GAUCHE	
	FLACON	NB DE BIOPSIES	FLACON	NB DE BIOPSIES
APEX				
MEDIUM				
BASE				
ZONE CIBLE IRM N°1				
ZONE CIBLE IRM N°2				

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