

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 :