

**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 : .....

**TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR**

- colon ascendant
- angle colon droit
- colon transverse
- angle colique gauche
- colon descendant
- sigmoïde
- rectum

**SI RECTUM**

**TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR**

- antérieure
- postérieure
- circonférentielle
- latérale gauche
- latérale droite
- non précisée

**Localisation du pôle tumoral inférieur :**

- au dessus réclinaison péritonéale
- au dessous réclinaison péritonéale :
  - haut rectum
  - bas rectum
  - moyen rectum
  - non précisé

**TYPE DE CHIRURGIE COLIQUE**

- colectomie droite
- colectomie transverse
- colectomie gauche
- sigmoïdectomie
- autre

**SI RECTUM**

- exérèse locale endorectale
- exérèse partielle du rectum et mesorectum
- exérèse totale du rectum et mesorectum
- amputation abdomino-périnéale
- anoproctectomie :
  - avec mucoséctomie endoanale
  - résection intersphinctérienne partielle
  - résection intersphinctérienne complète
- non précisée

**DONNEES CHIRURGICALES**

**Perforation** :  Oui  Non si oui :  tumorale  diastatique  chirurgicale

**Fascia recti** :  complet  presque complet  incomplet

**Extension régionale ayant nécessité un élargissement de l'exérèse** :  Oui  Non

**Radicalité du geste** :  chirurgie macroscopiquement complète (R0 ou R1)  
 chirurgie macroscopiquement incomplète (R2)

**Métastase viscérale** :  Oui  Non

**Carcinose péritonéale** :  Oui  Non

**TRAITEMENTS PRE-OPERATOIRES**

- Tumorectomie
- Radiothérapie
- Chimiothérapie
- Radiochimiothérapie
- Non précisé

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