

**DEPARTEMENT ANATOMIE ET CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES**

BON DE DEMANDE DESTINE AUX ETABLISSEMENTS HORS CHU ET ICR

ORGANISME DEMANDEUR

Prescripteur **obligatoire** (NOM Prénom) :

Adresse :

N° Tel : Mail :@.....

IDENTITE PATIENT

A remplir OBLIGATOIREMENT (MAJUSCULES) si absence d'étiquette patient, ou si les informations administratives de l'étiquette sont insuffisantes (notamment si l'adresse du patient n'apparaît pas) :

☐ **E (Patient Externe)** ☐ **H (Patient hospitalisé)**

Nom usuel du patient Prénom usuel du patient Nom de naissance Sexe Né(e) le ____/____/____

Domicile (Rue et n°)

Code postal Localité

N° sécurité social (ou justificatif AMO)

Téléphone patient/...../...../...../.....

Mail patient

ETIQUETTE PATIENT

PRELEVEMENT

Date de prélèvement : ____/____/____ Nature de prélèvement (ORGANE) : Médecin Préleveur :

☐ FLACONS (Nombre) : ☐ FRAIS ____ ☐ FIXE ____ Fixateur : ☐ FORMOL ☐ DUBOSC ☐ Autres :

☐ BLOCS : Référence externe : Nombre : ____

☐ LAMES : Référence externe : Nombre : ____

MOTIF D'ENVOI ET DESTINATAIRE

☐ Demande d'**AVIS** (Pour les **patients externes uniquement**, fournir **OBLIGATOIREMENT** une copie de la carte d'identité, du justificatif AMO et AMC.
A défaut, l'examen sera facturé à l'établissement qui a transmis le bon de demande)

☐ Demande de **RELECTURE** (dans le cadre d'un réseau) : préciser(Lymphopath, RReps,...etc)

☐ Demande de **RELECTURE** par un clinicien (Hors réseau) : préciser le nom du médecin Anapath :

☐ Demande de **FISH HER2 sein**

☐ Autre, préciser

NB : Chaque demande d'avis/relecture devra être accompagnée de la **fiche PDF générée par l'outil DIAGinter** (<http://www.diaginter.org/>)

Médecin relecteur :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (écrire lisiblement SVP)