

## Renseignements et préconisations : EXAMEN HISTOLOGIQUE

Réserve au laboratoire

### CASTRES

Drs JB. DECORSIERE, P. FAURE

secretariat.castres@inopath.fr - 05 63 51 40 80  
20 bd du Maréchal Foch 81100 CASTRES

### SERIGNAN

Drs D. BREL, F. LACROUX, L. CORSOIS

secretariat.serignan@inopath.fr - 04 67 62 64 81  
ZAC de Bellegarde, route de Valras 34410 SERIGNAN

URGENT

Prescripteur

Autre médecin correspondant

\*A renseigner obligatoirement

PATIENT

**Nom de naissance\*** : ..... Sexe :  H  F

Nom usuel (marital) : .....

**Prénom\*** : ..... **Date de naissance\*** : .....

**N° Sécurité Sociale\*** : .....

Adresse : .....

..... Tel. : .....

Prise en charge\* :  C2S  ALD  AME

Régime :  CPAM  MSA  Autre : .....

Je soussigné(e), refuse que le laboratoire transmette mes renseignements cliniques au centre de gestion de dépistage du cancer ou autres organismes à des fins de recherches cliniques.

Fait à ..... Le ..... / ..... / ..... Signature

*Pour les prélèvements non déposés directement au laboratoire, en cas de tiers payant, merci de joindre une photocopie de l'attestation carte vitale et mutuelle.*

**Date du prélèvement\*** : ..... / ..... / ..... **Heure de prélèvement\*** : .....

**Heure de fixation\*** : .....

**Nature du prélèvement\*** : .....

*Le préleveur certifie avoir vérifié l'identité du patient à l'aide d'un document officiel.*

## Renseignements et préconisations : EXAMEN HISTOLOGIQUE

Réserve au laboratoire

### CASTRES

Drs JB. DECORSIERE, P. FAURE

secretariat.castres@inopath.fr - 05 63 51 40 80  
20 bd du Maréchal Foch 81100 CASTRES

### SERIGNAN

Drs D. BREL, F. LACROUX, L. CORSOIS

secretariat.serignan@inopath.fr - 04 67 62 64 81  
ZAC de Bellegarde, route de Valras 34410 SERIGNAN

URGENT

Prescripteur

Autre médecin correspondant

\*A renseigner obligatoirement

PATIENT

**Nom de naissance\*** : ..... Sexe :  H  F

Nom usuel (marital) : .....

**Prénom\*** : ..... **Date de naissance\*** : .....

**N° Sécurité Sociale\*** : .....

Adresse : .....

..... Tel. : .....

Prise en charge\* :  C2S  ALD  AME

Régime :  CPAM  MSA  Autre : .....

Je soussigné(e), refuse que le laboratoire transmette mes renseignements cliniques au centre de gestion de dépistage du cancer ou autres organismes à des fins de recherches cliniques.

Fait à ..... Le ..... / ..... / ..... Signature

*Pour les prélèvements non déposés directement au laboratoire, en cas de tiers payant, merci de joindre une photocopie de l'attestation carte vitale et mutuelle.*

**Date du prélèvement\*** : ..... / ..... / ..... **Heure de prélèvement\*** : .....

**Heure de fixation\*** : .....

**Nature du prélèvement\*** : .....

*Le préleveur certifie avoir vérifié l'identité du patient à l'aide d'un document officiel.*

PRELEVEMENT  
Complément

DONNÉES  
CLINIQUES

Renseignements cliniques & antécédents :

Matériels fournis par le laboratoire



**Flacon contenant du formol à 4%**  
Ne pas manipuler avant d'avoir lu et  
compris toutes les précautions de sécurité



Recommandations

**Noter sur chaque flacon l'identité du patient** (nom, prénom, date de naissance)  
**Lors de prélèvements multiples, numéroter les flacons et les identifier**

- **Pièces opératoires** : flacon 60, 100 ml ou seau - Formol 4 %  
Le volume de formol du flacon doit représenter à minima 5 fois le volume de la pièce.
- **Biopsie\*** dont **biopsie mammaire** : flacon 25 ou 60 ml - Formol 4% rosé  
Cas particulier des mammotomes, les flacons doivent être différenciés selon la présence ou non de calcifications.  
*\* Biopsie prostatique pour le site de Sérignan UNIQUEMENT : flacon 100 ml - Formol 4% rosé  
Les biopsies doivent être placées entre 2 mousses puis dans des cassettes différenciées selon leur localisation.*
- **Immuno-florescence (IF)** : flacon 25 ou 60 mL - Sérum physiologique + sachet jaune

Conservation et acheminement à **température ambiante**

**Certaines pièces opératoires doivent être orientées au bloc avant fixation au moyen de fils ou autre moyen pérenne pour permettre une analyse dans les conditions optimales (par exemple sein)**

LABO

Date : ..... / ..... / ..... Heure de réception : ..... Par : .....

Nombre de flacons : .....  Saisie  CR

**Non conforme** - Motif : .....

PRELEVEMENT  
Complément

DONNÉES  
CLINIQUES

Renseignements cliniques & antécédents :

Matériels fournis par le laboratoire



**Flacon contenant du formol à 4%**  
Ne pas manipuler avant d'avoir lu et  
compris toutes les précautions de sécurité



Recommandations

**Noter sur chaque flacon l'identité du patient** (nom, prénom, date de naissance)  
**Lors de prélèvements multiples, numéroter les flacons et les identifier**

- **Pièces opératoires** : flacon 60, 100 ml ou seau - Formol 4 %  
Le volume de formol du flacon doit représenter à minima 5 fois le volume de la pièce.
- **Biopsie\*** dont **biopsie mammaire** : flacon 25 ou 60 ml - Formol 4% rosé  
Cas particulier des mammotomes, les flacons doivent être différenciés selon la présence ou non de calcifications.  
*\* Biopsie prostatique pour le site de Sérignan UNIQUEMENT : flacon 100 ml - Formol 4% rosé  
Les biopsies doivent être placées entre 2 mousses puis dans des cassettes différenciées selon leur localisation.*
- **Immuno-florescence (IF)** : flacon 25 ou 60 mL - Sérum physiologique + sachet jaune

Conservation et acheminement à **température ambiante**

**Certaines pièces opératoires doivent être orientées au bloc avant fixation au moyen de fils ou autre moyen pérenne pour permettre une analyse dans les conditions optimales (par exemple sein)**

LABO

Date : ..... / ..... / ..... Heure de réception : ..... Par : .....

Nombre de flacons : .....  Saisie  CR

**Non conforme** - Motif : .....