

Dr ABBEY-TOBY Adjé - Dr BOUIDIOUA Abdelaali - Dr GARNIER Agnès - Dr PIERSON Rémi

Tel Pro : 04 67 61 10 15 de 8h00 à 18h00  
Tel Patient : 04 67 75 18 21 de 9h00 à 14h00  
Fax : 04 67 45 03 89

[montpellier@inopath.fr](mailto:montpellier@inopath.fr)  
168 rue de la Taillade  
34 070 Montpellier

**Date de prélèvement :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      **Heure de prélèvement :** \_\_\_\_\_       **URGENT**

**Nombre de Flacon(s) :** \_\_\_\_\_      **et/ou lame(s) :** \_\_\_\_\_       **A FAXER N° Fax :** \_\_\_\_\_

## IDENTITÉ PATIENT(E)

<p><b>Nom de naissance :</b> _____</p> <p><b>Nom marital :</b> _____</p> <p><b>Prénoms :</b> _____</p> <p><b>Adresse :</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>CP :</b> _____ <b>Ville :</b> _____</p> <p><b>Tel :</b> _____</p> <p><b>Mail :</b> _____</p> <p><small><input type="checkbox"/> Je soussigné(e), refuse que le laboratoire transmette mes renseignements cliniques et prélèvement au centre de gestion de dépistage du cancer ou autres organismes à des fins de recherches cliniques</small></p>	<p><b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p><b>Date de naissance :</b> _____</p> <p><b>N°SS + Clé :</b> _____</p> <p><b>Caisse :</b> <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><b>Adresse de la caisse :</b> _____</p> <p><b>Nom &amp; N° Mutuelle :</b> _____</p> <p><b>Bénéficiaire :</b> <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> INVAL <input type="checkbox"/> C2S</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p style="color: red; font-size: small;">⇒ Joindre impérativement la copie d'attestation des droits</p>
--	--

## PRESCRIPTEUR / CORRESPONDANT(S)

**PRÉLEVEUR :** Nom/Adresse/Service/N°Adeli - RPPS

Signature et cachet : \_\_\_\_\_

**AUTRES CORRESPONDANTS** Nom(s)/Adresse(s)/service(s)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le(a) patient(e) s'oppose à la transmission de ses données personnelles

## NATURE DU PRÉLEVEMENT

**URINE :**       1<sup>er</sup> jour       2<sup>ème</sup> jour       3<sup>ème</sup> jour

Attention !!! Les urines sur plusieurs jours doivent être transmises toutes en même temps

**LIQUIDE DE PONCTION :**       Ascite       Pleural       LBA

Péritonéal       Brossage bronchique       Aspiration bronchique

Liquide articulaire       Expectoration       LCR

**PONCTION D'ORGANE :**       Sein       Thyroïde       Ganglion

Autre : \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

CADRE RÉSERVÉ INOPATH

**Date de réception :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      **Heure de réception :** \_\_\_\_\_      **Par :** \_\_\_\_\_

**Nombre de flacons :** \_\_\_\_\_      **Nombre de lames :** \_\_\_\_\_

**Non conforme - Motif :** \_\_\_\_\_

## RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Noter sur chaque flacon **l'identité du patient** (nom, prénom, date de naissance)

Lors de prélèvements multiples, **numéroter les flacons et les identifier**

## RECOMMANDATIONS URINES

- ⇒ Recueillir la **2<sup>ème</sup> miction**. Les urines de la première miction du matin ou les urines de 24 heures ne sont pas recommandées.
- ⇒ Recueillir les urines de préférence **après un effort physique modéré** de 15-20 minutes (marche à pied, montée d'escalier, ...) après le petit déjeuner.

### Étapes réalisées par le patient :

- ⇒ Se laver les mains avec soin ;  
*Pour la qualité du prélèvement, **ne pas jeter le liquide** contenu dans le flacon. Celui-ci est adapté à sa conservation et sans effet nocif.*
- ⇒ Recueillir les urines dans le flacon fourni par votre laboratoire – *Flacon alcool bleu* ;  
Le volume recueilli doit au minimum être équivalent au volume de liquide contenu dans le flacon.
- ⇒ Visser hermétiquement le couvercle pour éviter les fuites et essuyer l'extérieur du flacon ;

Pour les **cytologies sur 3 jours** : **conserver les flacons à température ambiante** et transmettre **les 3 flacons au laboratoire** le jour du dernier recueil. **Identifier chaque flacon par l'identité du patient et le jour de recueil.**

## AUTRES RECOMMANDATIONS

- **Prélèvement mammaire** : flacon Bd Surepath et/ou étalement sur lame
- **Prélèvement thyroïdien** : étalement direct sur lame et/ou flacon BD Surepath
- **Cytoponction séreuse** - plèvre, péritoine, péricarde, ... : flacon 60 ml rempli à 20 ml fixateur alcoolique
- **Prélèvement articulaire** : flacon sec de 60 ml
- **LBA\*** : flacon sec 60 ml – Conservation : 24 heures à température réfrigérée
- **LCR\*** : flacon sec 60 ml – Conservation : 24 heures à température réfrigérée

Conservation et acheminement à **température ambiante** (\* Sauf LBA ET LCR)

## EMBALLAGE et TRANSPORT

Placer votre prélèvement dans un sachet INOPATH avec le bon de demande rempli. Les prélèvements sont ramassés par les coursiers

**ATTENTION : UN SACHET PAR DEMANDE ET PAR PATIENT**

Pour les envois par courrier, merci d'utiliser les enveloppes « INOPATH »

**168 rue de la Taillade - 34070 Montpellier**



## BESOIN DE MATÉRIELS

DÉSIGNATION	CONDITIONNEMENT
FLACON BD Surepath (ponction thyroïde et sein) (avec Demande examen + Sachet)	25
FLACON pour CYTOLOGIE (toutes cytologie sauf FCV, thyroïde et sein) (avec Demande examen + Sachet)	50
Lames de verre	50
Portoir de lame (pour 2 lames)	1
SCRINET	100
Fiche de Demande d'examen : <b>CYTOLOGIE NON GYNECOLOGIQUE</b>	25
ENVELOPPE D'EXPÉDITION	25
SACHET TRANSPORT Petit taille	25

Merci de nous transmettre votre demande de matériels  
par Fax au **04 67 45 03 89** ou par mail [montpellier@inopath.fr](mailto:montpellier@inopath.fr)