

Demande d'examen spécifique

BIOPSIE / CYTOPONCTION DE SEIN

Date de prélèvement : / /

Heure de fixation :

PRESCRIPTEUR / CORRESPONDANT(S) :**Nombre de flacons :**

IDENTITÉ PATIENT

Nom de naissance :**Nom marital :****Prénoms :****Date de naissance :** **Sexe :** H F**N° Sécurité Sociale :****Tel :****Adresse :****Prise en charge :** C2S ALD AME**Régime :** CPAM MSA Autre : 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 – Signature :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / ANTECEDENTS

 Antécédents personnels de cancer de sein Antécédents familiaux de cancer de sein

PRELEVEMENT Prélèvement sous stéréotaxie Prélèvement sous échographie

Examen :	<input type="checkbox"/> MACRO biopsie	<input type="checkbox"/> MICRO biopsie	<input type="checkbox"/> Cytoponction
Aiguille :	<input type="checkbox"/> 10G/22 mm <input type="checkbox"/> 8G/22 mm	<input type="checkbox"/> 14G/22 mm <input type="checkbox"/> 16G/22 mm	<input type="checkbox"/> 16G/15 mm
	<input type="checkbox"/> 18G/22 mm <input type="checkbox"/> 18G/15 mm	<input type="checkbox"/> 16G/60mm <input type="checkbox"/> 16G/90mm	<input type="checkbox"/> 18G/60mm

Nb prélèvements :**Type** sous stéréotaxie : Foyer ou plage de MCA Opacité Désorganisation Autre :**Type** sous échographie : Nodule Désorganisation Ganglion Kyste atypique /compliqué Autre :**Taille :****Quadrant :** QSE QSI QIE QII UQS UQE UQINT UQINF
 Autre :**Côté :** Droit Gauche**Classification ACR :** ACR3 ACR4a ACR4b ACR4c ACR5- Le guide de prélèvement est disponible sur notre site internet inopath.fr -**RÉSERVÉ INOPATH**

Date de réception : / /

Heure de réception : Par :

Nombre de flacons :

 Non conforme - Motif :