



## Demande d'examen : CYTOLOGIE (Hors FCU et urines)

**CASTRES**  
Dr JB. DECORSIERE  
secretariat.castres@inopath.fr - 05 63 51 40 80  
26 bd du Maréchal Foch 81100 CASTRES

Réservé au laboratoire

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\*** :  Mammaire  Thyroïde  LCR

Aspiration bronchique  Plèvre  LBA

Péritoine  Péricarde  Liq. articulaire

Autres : .....

PRÉLÈVEMENT



## Demande d'examen : CYTOLOGIE (Hors FCU et urines)

**CASTRES**  
Dr JB. DECORSIERE  
secretariat.castres@inopath.fr - 05 63 51 40 80  
26 bd du Maréchal Foch 81100 CASTRES

Réservé au laboratoire

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\*** :  Mammaire  Thyroïde  LCR

Aspiration bronchique  Plèvre  LBA

Péritoine  Péricarde  Liq. articulaire

Autres : .....

PRÉLÈVEMENT

**PRÉLÈVEMENT**  
Complément

**DONNÉES CLINIQUES**

Renseignements cliniques & antécédents :

**Matériels fournis par le laboratoire**

Flacons avec fixateur alcoolique ou flacons secs en fonction du type de prélèvement.



**Flacon contenant de l'éthanol**

- Liquide et vapeurs inflammables H225      - Ne pas inhaler
- Éviter le contact avec les yeux et la peau      - Ne pas avaler

**Recommandations**

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

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

- **Prélèvement mammaire - Prélèvement thyroïdien** : flacon 60 ml rempli à 12 ml fixateur alcoolique ou étalement sur lame
- **Cytoponction séreuse** - plèvre, péritoine, péricarde, ... : flacon 150 ml rempli à 30 ml fixateur alcoolique
- **Prélèvement articulaire** : flacon 150 ml rempli à 30 ml fixateur alcoolique
- **LBA\*** : flacon sec 150ml + Sachet T° réfrigérée – ⚠ Conservation : 24 heures à 4°C
- **LCR\*** : flacon sec 60 ml + sachet T° réfrigérée – ⚠ Conservation : 24 heures à 4°C

Conservation et acheminement à **température ambiante**

(\* Sauf LBA ET LCR acheminement dans l'heure)

**LABO**

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

Nombre de flacons : .....       Saisie     CR

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

**PRÉLÈVEMENT**  
Complément

**DONNÉES CLINIQUES**

Renseignements cliniques & antécédents :

**Matériels fournis par le laboratoire**

Flacons avec fixateur alcoolique ou flacons secs en fonction du type de prélèvement.



**Flacon contenant de l'éthanol**

- Liquide et vapeurs inflammables H225      - Ne pas inhaler
- Éviter le contact avec les yeux et la peau      - Ne pas avaler

**Recommandations**

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

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

- **Prélèvement mammaire - Prélèvement thyroïdien** : flacon 60 ml rempli à 12 ml fixateur alcoolique ou étalement sur lame
- **Cytoponction séreuse** - plèvre, péritoine, péricarde, ... : flacon 150 ml rempli à 30 ml fixateur alcoolique
- **Prélèvement articulaire** : flacon 150 ml rempli à 30 ml fixateur alcoolique
- **LBA\*** : flacon sec 150ml + Sachet T° réfrigérée – ⚠ Conservation : 24 heures à 4°C
- **LCR\*** : flacon sec 60 ml + sachet T° réfrigérée – ⚠ Conservation : 24 heures à 4°C

Conservation et acheminement à **température ambiante**

(\* Sauf LBA ET LCR acheminement dans l'heure)

**LABO**

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

Nombre de flacons : .....       Saisie     CR

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