

FEUILLES DE DEMANDE DU SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES (SACP)

100 Route de Moval – CS 10499 Trévenans – 90015 Belfort Cedex.



Tel : 03.84.98.29.40

Fax : 03.84.98.29.49

Pneumatique : STATION 2

Mail : anapath.secr@hnfc.fr

Horaires d'ouverture du secrétariat :

Du lundi au vendredi de 08H00 à 18H00

Horaires d'ouverture technique :

Du lundi au vendredi de 08H00 à 18H00



Demande générale commune :

- N°1 - Feuille de demande d'examen histologique ou cytologique

Demande spécifiques :

- N°2 - Feuille de demande dermatologique : histopathologie cutané
- N°3 - Feuille de demande d'examen gynécologique : consultations
- N°4 - Feuille de demande d'examen Sénologie : (biopsie de sein)
- N°5 - Feuille de demande d'examen chirurgie mammaire
- N°6 - Feuille de demande d'examen chirurgie gynécologique
- N°7 - Feuille de demande d'examen de biopsie de prostate
- N°8 - Feuille de demande d'examen chirurgie colorectale
- N°9 - Feuille de demande d'examen chirurgie ORL
- N°10 - Feuille de demande d'examen chirurgie urologique
- N°11 - Feuille de demande d'examen résection pancréatique

Réception des prélèvements de 08H00 à 17H45



Praticiens : Dr J.RAFFOUL ; Dr Sr.SUN ; Dr M.I.MIHAI ; Dr J.CLERC Assistant : Dr A.JACQUIER

N°1-DEMANDE D'EXAMEN HISTO ou CYTOPATHOLOGIQUE - COMMUN

Médecin prescripteur :Service :

Duplicata pour (nom et prénom):

IDENTIFICATION DU PATIENT : NOM :

Ecrire lisiblement NOM JF :

ou coller l'étiquette Prénom :

du patient Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

STATUT : Hospitalisé Externe public Privé

CYTOLOGIE : précisez

EXERESE **BIOPSIE** **CURETAGE** **RESECTION ENDOSCOPIQUE**

Précisez **NEO** **non NEO** **TUMOROTHEQUE**

EXAMEN EXTEMPORANE Tél : _____

Prélevé le àH.....mn / Frais ou Formol àH.....mn

ou Tissue Safe àH.....mn

(Conditionnement des prélèvements : se référer à la note de service.)

Renseignements cliniques :

.....

.....

.....

Flacon(s) : 1° :
2° :
3° :
4° :
5° :
6° :
7° :
8° :
9° :
10° :

1 :
2 :
3 :
4 :
5 :
6 :
7 :
8 :
9 :
10 :

Signature du praticien :

Cadre réservé au SACP:

Urgent ?



N°2 - DEMANDE D'EXAMEN HISTOPATHOLOGIQUE CUTANE

Médecin prescripteur :Service :

Duplicata pour (nom et prénom):

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Ecrire lisiblement

ou coller l'étiquette

du patient

NOM :

NOM JF :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

STATUT :

Hospitalisé

Externe public

Privé

EXERESE

BIOPSIE

IF

EXTEMPORANE Tél : _____

ORIENTATION DE LA PIECE :

DESSIN

Fil / Aiguille _____ = _____

Renseignements cliniques, diagnostic(s) suspecté(s) : Prélevé leà.....H.....

Flacon(s) : 1 :

2° :

3° :

4° :

5° :

6° :

7° :

8° :

1 :

2 :

3 :

4 :

5 :

6 :

7 :

8 :

Signature du praticien :

Cadre réservé au SACP :

Urgent ?



**N°3 - DEMANDE D'EXAMEN CYTOPATHOLOGIQUE
CONSULTATION GYNECOLOGIQUE**

Médecin prescripteur :Service :

Duplicata pour (nom et prénom):

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Ecrire lisiblement
ou coller l'étiquette
du patient

NOM :

NOM JF :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

STATUT :

Externe public

Privé

Hospitalisation

Dépistage organisé (invitation CPAM) : OUI NON

Transmission des résultats vers le CRCDC : *Accord de la patiente* *Refus*

1 : DEPISTAGE : > 25 < 30 ans : Cytologie (frottis cervico-vaginal)

> 30 ans < 65 ans : HPV (avec Cytologie réflexe si positif)

2 : HORS-DEPISTAGE: Cytologie de contrôle HPV contrôle Cytologie vaginale

Renseignements cliniques : Prélevé le

- grossesse ménopausée métrorragies

-**CONTRACEPTION** : hormonale DIU

-**VACCIN HPV** : oui non

-**ETAT DU COL** : sain leucorrhées atrophique Remaniement du col

-**Antécédent** : conisation hystérectomie (totale sub-totale) laser

autres

Signature du praticien :

Cadre réservé au SACP :

Urgent ?

**N°4 - DEMANDE D'EXAMEN HISTO ou CYTOPATHOLOGIQUE
SENOLOGIE – Biopsie de SEIN**

Médecin prescripteur : Service :

Duplicata pour (NOM ET PRENOM) :

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Ecrire lisiblement

ou coller l'étiquette

du patient

NOM :

NOM JF :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

STATUT :

Hospitalisé

Externe public

Secteur privé

Prélevé le àH.....mn / Fixé formol àH.....

Renseignements cliniques :

sein droit

sein gauche

Signes et symptômes : lésion palpable

lésion infra clinique

masse

calcifications

masse + calcifications

écoulement

lésion cutanée

autre

non précisé

Taille radiologique :

|_|_| mm

non précisé

ACR :

1

2

3

4

5

Taille échographique :

|_|_| mm

non précisé

Type de prélèvement :

microbiopsie

macrobiopsie

biopsie cutanée

cytoponction

Topo prélèvement :

QSE

QIE

QSI

QII

UQS

UQE

UQint

UQinf

mamelon

central

prolongement axillaire

sillon sous-mammaire

non précisé

Guidage biopsie :

repérage manuel

radioguidée

échoguidée

non précisée

Si calcifications radio du prélèvement transmis :

non

oui

Si oui, présence des calcifications sur cette radio, selon renseignements transmis :

non

oui

doute

non précisé

Disparition complète de la cible radiologique après micro et macro biopsies : non oui non précisé

Commentaires :

Signature :

Cadre réservé au SACP :

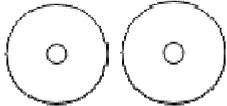
URGENT Tél :



N°5 - DEMANDE D'EXAMEN HISTOPATHOLOGIQUE CHIRURGIE MAMMAIRE

Chirurgien prescripteur : TELEPHONE :	Service :
Duplicata pour (Nom et prénom) :	Etiquette patient

Prélevé le à H min // Sorti de la salle d'opération à H min

PRELEVEMENTS ANTERIEURS	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N°:
TYPE D'INTERVENTION :	Imagectomie <input type="checkbox"/> Tumorectomie <input type="checkbox"/> Zonectomie <input type="checkbox"/> Pyramidectomie <input type="checkbox"/> Quadrantectomie <input type="checkbox"/> Mammectomie <input type="checkbox"/> Curage <input type="checkbox"/> Ganglion sentinelle <input type="checkbox"/> Mammectomie avec conservation de la peau <input type="checkbox"/> Mammectomie avec conservation de la peau et de la plaque aréolo-mamelonnaire <input type="checkbox"/>
HARPON DE REPERAGE :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
THERAPEUTIQUE ANTERIEURE :	Reprise <input type="checkbox"/> Après traitement néo-adjuvant <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/>
LOCALISATION :	Côté : <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche Quadrant :
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :	Nodule palpable OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Taille : _____ mm 

RENSEIGNEMENTS RADIOLOGIQUES :

- Radiographie du prélèvement transmise : OUI NON
- ACR : 1 2 3 4 5 non précisé
- Micro-calcifications : OUI NON -Localisation :
- Image mammographie autre : -Taille : _____ mm
- Nodule échographique : OUI NON -Taille : _____ mm -Visible RX : OUI NON

REPERAGE TRIDIMENSIONNEL :

- Céphalique Fil long +1 clip
- Externe : fil court + 2 clips :
- Antérieur : fil asymétrique + 3 clips ou peau
- Peau : OUI NON
- Aponévrose : OUI NON NON MAIS A RAS

Faut- il un examen radiologique ? OUI NON

Faut- il un examen extemporané diagnostique ? OUI NON

Signature du praticien :

Cadre réservé au SACP :

URGENT



**N°6 - DEMANDE D'EXAMEN HISTO ou CYTOPATHOLOGIQUE
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE**

Médecin prescripteur :Service :

Duplicata pour (nom et prénom):

IDENTIFICATION DU PATIENT :



EXERESE **TUMOROTHEQUE** **EXAMEN EXTEMPORANE**
Précisez : NEO **non NEO** **Tél :** _____

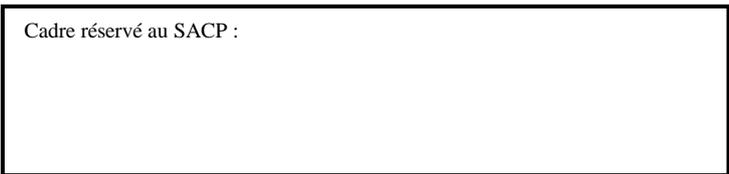
Prélevé leà.....H.....mn / Frais ou Formol àH.....mn
ou Tissue Safe àH.....mn
(Conditionnement des prélèvements : se référer à la note de service.)

Traitement pré-opératoire : pas de traitement pré-opératoire
 Chimiothérapie Radiothérapie Radiochimiothérapie
FIGO / IRM : _____

Type d'intervention :		
<input type="checkbox"/> Colpectomie	<input type="checkbox"/> Colpohystérectomie	<input type="checkbox"/> Cytologie péritonéale
<input type="checkbox"/> Hystérectomie totale	<input type="checkbox"/> Hystérectomie subtotale	<input type="checkbox"/> Hystérectomie totale élargie (Wertheim)
<input type="checkbox"/> Hystérectomie totale + annexectomie	<input type="checkbox"/> Bilatérale	<input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche
<input type="checkbox"/> Omentectomie	<input type="checkbox"/> Infracolique	<input type="checkbox"/> Infragastrique
Organe siège de la lésion :		
<input type="checkbox"/> Col utérin	<input type="checkbox"/> Vulve	
<input type="checkbox"/> Corps utérin	<input type="checkbox"/> Vagin	
<input type="checkbox"/> Ovaire : <input type="checkbox"/> Bilatéral <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche		
<input type="checkbox"/> Trompe : <input type="checkbox"/> Bilatérale <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
Curage :		
<input type="checkbox"/> Ilio-obturateur <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche		
<input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche		
<input type="checkbox"/> Pelvien		
<input type="checkbox"/> Biopsies péritonéales <input type="checkbox"/> FID <input type="checkbox"/> FIG <input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> HG		
Autre :		

Autres renseignements cliniques :
.....
.....
.....

Signature du praticien :



Urgent ?



**N°7 - DEMANDE D'EXAMEN HISTOLOGIQUE
BIOPSIES PROSTATE**

Médecin prescripteur :Service :

Duplicata pour (nom et prénom):

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Ecrire lisiblement
ou coller l'étiquette
du patient

NOM :

NOM JF :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

STATUT : Hospitalisé Externe public Privé

BIOPSIE PROSTATE

Prélevé le àH.....mn / Frais ou Formol àH.....mn
(Conditionnement des prélèvements : se référer à la note de service.)

Renseignements cliniques : **PSA :**ng/ml **TR :**g

.....
.....
.....
.....
.....

Flacons :

LOBE DROIT	LOBE GAUCHE
1 :	8 :
2 :	9 :
3 :	10 :
4 :	11 :
5 :	12 :
6 :	13 :
7 :	14 :

Signature du praticien :

Cadre réservé au SACP :

Urgent ?



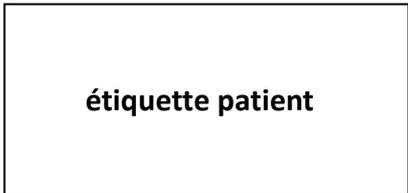
**N° 9 - DEMANDE D'EXAMEN HISTO ou CYTOPATHOLOGIQUE
CHIRURGIE ORL**

Médecin prescripteur :Service :

Duplicata pour (nom et prénom):

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Tel : _____



EXERESE **TUMOROTHEQUE** **EXAMENEXTEMPORANE**

Prélevé le..... àH.....mn / Frais ou Formol àH.....mn
ou Tissue Safe àH.....mn

(Conditionnement des prélèvements : se référer à la note de service.)

Type d'intervention : _____

Localisation tumorale : _____

Extension régionale ayant nécessité un élargissement de l'exérèse ? (Précisez) : _____

TNM clinique : _____

Traitement pré-opératoire : non Radiothérapie Chimiothérapie

Statut chirurgical : première intervention reprise récurrence

DROIT		GAUCHE		Description
N° FLACON	Repère	N° FLACON	Repère	
	IA		IA	
	IB		IB	
	IIA		IIA	
	IIB		IIB	
	III		III	
	IV		IV	
	VA		VA	
	VB		VB	
	VIA		VIA	
	VIB		VIB	
	VII		VII	

Autres renseignements cliniques :

Signature du praticien :

Cadre réservé au SACP :

Urgent ?



**N° 10 - DEMANDE D'EXAMEN HISTO ou CYTOPATHOLOGIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE**

Médecin prescripteur :Service :

Duplicata pour (nom et prénom):

IDENTIFICATION DU PATIENT :



EXERESE **TUMOROTHEQUE** **EXAMEN EXTEMPORANE** Tél : _____

Prélevé le..... àH.....mn / Frais ou Formol àH.....mn

ou Tissue Safe àH.....mn

(Conditionnement des prélèvements : se référer à la note de service.)

Traitement pré-opératoire : non Chimiothérapie Radiothérapie Radiochimiothérapie

Antécédents: _____

Types d'intervention	
<input type="checkbox"/> RTU	<input type="checkbox"/> Cystectomie
<input type="checkbox"/> Prostatectomie	<input type="checkbox"/> Cystoprostatectomie
<input type="checkbox"/> Résection de col vésical	
<input type="checkbox"/> Néphrectomie Totale simple <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche	
<input type="checkbox"/> Néphrectomie partielle <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche	
<input type="checkbox"/> Néphrectomie élargie avec surrénale <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche	
<input type="checkbox"/> Orchidectomie <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche	
<input type="checkbox"/> Epididymectomie <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche	
Curage :	
<input type="checkbox"/> Ilio-obturateur <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche	
<input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche	
<input type="checkbox"/> Lombo-aortique <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche	
<input type="checkbox"/> Pelvien	
<input type="checkbox"/> Cytologie péritonéale	
<input type="checkbox"/> Biopsies péritonéales <input type="checkbox"/> FID <input type="checkbox"/> FIG <input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> HG	
Autre :	

Topographie de la tumeur : _____

Autres renseignements cliniques :

Signature du praticien :

Cadre réservé au SACP :

Urgent ?



N°11 - FICHE DE LIAISON – RESECTION PANCREATIQUE

Médecin prescripteur :Service :

Duplicata pour (nom et prénom):

IDENTIFICATION DU PATIENT :

ETIQUETTE PATIENT

EXERESE EXAMEN EXTEMPORANE

Prélevé le..... àH.....mn / Frais ou Formol àH.....mn
(Conditionnement des prélèvements : se référer à la note de service.)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

INCLUSION DANS L'ETUDE PANCREAS - CGE (consentement signé du patient) : oui non

TRAITEMENT NEO-ADJUVANT : Aucun Chimiothérapie Radiothérapie

TUMEUR - Renseignements radiologiques :

Topographie : Ampoule Tête Corps Queue Isthme Cholédoque

Taille : cm

Type (biopsie antérieure) : Adénocarcinome canalaire Tumeur kystique Tumeur neuro-endocrine

Autre :

RENSEIGNEMENTS CHIRURGICAUX :

TYPE DE RESECTION :

Duodéno pancréatectomie céphalique Pancréatectomie caudale/distale

Spléno-pancréatectomie caudale Enucléation

Isthmectomie

ENCRAGE (au bloc opératoire) : lame rétroporte : noir bleu rouge

• Autre :

REPERAGE :

• Tranche de section pancréatique :

• Canal cholédoque :

• Résection veineuse associée : oui non,

• Autre résection annexée à la pièce :

Signature du praticien :

Tél : _____

Cadre réservé au SACP :

Urgent ?