

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~~ 17H00

Temporairement

Horaires d'ouverture technique :

Du lundi au vendredi de 08H00 à ~~18H00~~ 17H00



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~~ 16H45



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

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

CYTOLOGIE : précisez

EXERESE

BIOPSIE

CURETAGE

RESECTION ENDOSCOPIQUE

Précisez NEO non NEO

TUMOROTHEQUE

EXAMEN EXTEMPORANE Tél : _____

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

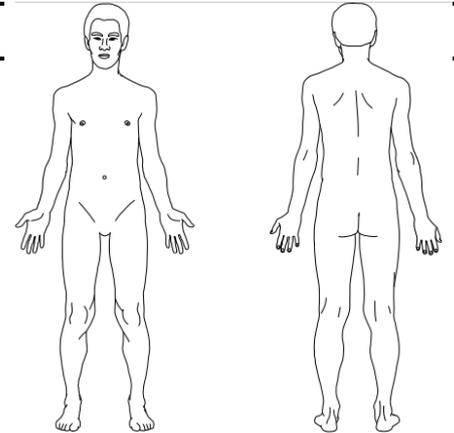
Code postal :

STATUT : Hospitalisé Externe public Privé

EXERSE BIOPSIE IF EXTEMPORANE Tél : _____

ORIENTATION DE LA PIECE :

Fil / Aiguille _____ = _____
Fil / Aiguille _____ = _____
Fil / Aiguille _____ = _____
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 de la patiente

Ou de l'invitation CPAM

NOM :

NOM JF :

Prénom :

Date de naissance : à

Adresse :

Code postal :

STATUT :

Externe public

Privé

Hospitalisation

IMPORTANT : Transmission des résultats vers le CRCDC :

J'atteste que le dépliant d'information sur le DOCCU a été remis à la patiente, que je l'ai informée du traitement de ses données personnelles et de ses droits et qu'elle ne s'est pas opposée à la transmission de ses données d'identification (notamment nom, prénom, date de naissance) et de ses résultats au CRCDC.

J'atteste que le dépliant d'information sur le DOCCU a été remis à la patiente, que je l'ai informée du traitement de ses données personnelles et de ses droits et qu'elle s'est opposée à la transmission de ses résultats au CRCDC qui, de ce fait, ne réalisera pas sa mission de suivi pour ce dépistage. Elle a été informée que ses données d'identification (notamment nom, prénom, date de naissance) seront toutefois transmises au CRCDC afin qu'il puisse tenir compte de son droit d'opposition et ne pas effectuer de relances pour obtenir les résultats du dépistage réalisé.

1 : DEPISTAGE ORGANISE :

Coller l'étiquette de l'invitation CPAM

≥ 25 ans et < 30 ans :

Frottis cervico-vaginal

≥ 30 ans et ≤ 65 ans : HPV (avec frottis réflexe si positif)

2 : FROTTIS DE CONTROLE (suivi de lésion ou d'ASCUS) :

Frottis cervico-vaginal de contrôle

3 : DEPISTAGE INDIVIDUEL :

Frottis cervico-vaginal

Frottis vaginal

HPV (avec frottis réflexe si positif)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Prélevé le

• Date des dernières règles : Ménopause

• Grossesse Post-partum Métrorragies

• **CONTRACEPTION :** non hormonale DIU

• **VACCIN HPV :** non oui

• **ETAT DU COL :** sain leucorrhées atrophique remaniement du col

• **ANTECEDENTS :** 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

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 :



Praticiens :

Praticien Cheffe de service : Dr Christine DEVALLAND
Dr J.RAFFOUL ; Dr Sr.SUN ; Dr J.CLERC

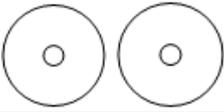
Assistant :



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 :

étiquette patient

EXERSE TUMOROTHEQUE EXAMEN EXTEMPORANE
 Précisez : NEO non NEO Tél : _____

Prélevé leà.....H.....mn / Frais ou Formol 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	
<input type="checkbox"/> Ganglion sentinelle :		<input type="checkbox"/> 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 :

Cadre réservé au SACP :

Urgent ?



Praticiens :

Dr J.RAFFOUL ; Dr Sr.SUN ; Dr J.CLERC

Praticien Cheffe de service : Dr Christine DEVALLAND

Assistant :



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

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

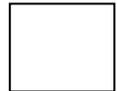
Flacons :

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°8 - DEMANDE D'EXAMEN HISTO ou CYTOPATHOLOGIQUE
CHIRURGIE COLORECTALE**

Médecin prescripteur : Service :

Duplicata pour (nom et prénom):

IDENTIFICATION DU PATIENT :

étiquette patient

EXERESE

TUMOROTHEQUE

EXAMEN EXTEMPORANE

Tél :

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

Traitement pré-opératoire : pas de traitement pré-opératoire

Chimiothérapie

Radiothérapie

Radiochimiothérapie

Topographie de la tumeur :	Type de chirurgie colique :
<input type="checkbox"/> Colon ascendant	<input type="checkbox"/> Colectomie droite
<input type="checkbox"/> Angle colique droit	<input type="checkbox"/> Colectomie transverse
<input type="checkbox"/> Colon transverse	<input type="checkbox"/> Colectomie gauche
<input type="checkbox"/> Angle colique gauche	<input type="checkbox"/> Sigmoidectomie
<input type="checkbox"/> Colon descendant	<input type="checkbox"/> Rectum
<input type="checkbox"/> Haut rectum	<input type="checkbox"/> Amputation abdomino-périnéale
<input type="checkbox"/> Bas rectum	<input type="checkbox"/> Autre :

Données chirurgicales :

- Perforation oui non Si oui : tumorale chirurgicale

- Résection monobloc : oui non

- Extension régionale ayant nécessité un élargissement de l'exérèse : oui non

Si oui, précisez les organes concernés :

- Radicalité du geste : Chirurgie macroscopiquement complète (R0 ou R1)

Chirurgie macroscopiquement incomplète (R2)

- Carcinose péritonéale : oui non

- Métastase viscérale : oui non

Autres renseignements cliniques :

.....

.....

.....

Signature du praticien :

Cadre réservé au SACP :

Urgent ?



Praticiens :

SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
100 route de Moval CS 10499 Trèvenans 90015 Belfort Cedex
Tel : 03 84 98 29 40 lundi au vendredi de 8H à 18H Fax : 03 84 98 29 49
Praticien Cheffe de service : Dr Christine DEVALLAND
Assistant :



**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
(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 récidive

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 :



Urgent ?



Praticiens : Dr J.RAFFOUL ; Dr Sr.SUN ; Dr J.CLERC

Assistant : Dr



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

Médecin prescripteur : Service :

Duplicata pour (nom et prénom):

IDENTIFICATION DU PATIENT :

étiquette patient

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

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



Praticiens :

Dr J.RAFFOUL ; Dr Sr.SUN ; Dr J.CLERC



N°11 - FICHE DE LIAISON – RESECTION PANCREATIQUE

Médecin prescripteur : Service :

Duplicata pour (nom et prénom):

IDENTIFICATION DU PATIENT :

ETIQUETTE PATIENT

EXERSE

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 ?