UNILABS - PATHOLOGIE NORD

EXAMEN ANATOMO-CYTO-PATHOLOGIQUE

Docteurs Dominique CATHELINEAU, Hervé COTTEN, Bema COULIBALY-PASQUIER, Christian DELERIVE, Jérôme DELPLACE, Yoan DITCHI, Ioana DUMITRU, Fabienne DUPONT-EVRARD, Clémence FLEURY, Lila GHANNEM, Caroline GHIGHI, Malika GUERNOU, Jean-Marie HARIMENSHI, François LAMARCHE, Thierry MALARD, Amandine PHILIPPE

cadre réservé au laboratoire

Nbre de flacons reçus :

Nbre de lames reçues :

☐ Non-conformité

Résultats :

☐ **URGENT**

☐ A faxer : .....

☐ A téléphoner : .....

MEDECIN PRESCRIPTEUR :
(signature et cachet)

DATE : ___/___/_____ Heure de prélèvement : _____ Heure de fixation : _____

Nombre de flacons transmis : _____ Nombre de lames transmises : _____

☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur ☐ Enfant

NOM : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

DDN : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Mail : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

N° Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Caisse : _____ Mutuelle : _____

Le(a) patient(e) s'oppose à la transmission des données à des fins de recherche médicale.
☐Oui ☐Non

Honoraires à adresser :	☐ à l'hôpital	☐ au laboratoire	☐ Bordereau 615	☐ au patient
	☐ CMU ☐ ALD	☐ cpam + mutuelle (joindre photocopies)		

Résultats à adresser :

☐ Médecin prescripteur

☐ Médecins correspondants (noms, adresses)

☐ Patient (selon les résultats)

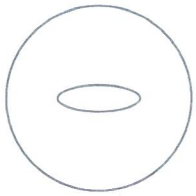
Nature du prélèvement : ☐ Exérèse ☐ Biopsie(s) ☐ Polype(s)
☐ Cytologie ☐ Curetage
☐ Extemporané ☐ Immunofluorescence

N° de référence des examens précédents :

Localisation anatomique du prélèvement :

☐ Photo prise

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :



Verso réservé au laboratoire

Traitement en cours :

Pour les prélèvements gynécologiques : ☐ Grossesse ☐ Ménopause ☐ Hystérectomie

☐ D.D.R..... ☐ D.I.U. ☐ Contraception ☐ Aspect du col.....

ABBEVILLE
13 rue Ste Catherine
80100 ABBEVILLE
Tel. : 03.22.20.77.55 - Fax : 03.22.20.77.50
Mail : pnu.abbeville@unilabs.com

LILLE
60, Bd J.B. Lebas
BP 625 - 59024 LILLE Cedex
Tél. : 03.20.97.40.97 - Fax : 03.20.97.40.87
Mail : pnu.contact@unilabs.com

VALENCIENNES
20 Place Verte
BP90372
59307 VALENCIENNES CEDEX
Tél. : 03.27.47.12.12 - Fax : 03.27.41.44.66

Ref. : DE-PREA-005-04

En application de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, le médecin informe le patient des échanges ou du partage des informations relatives à ses données de santé.
Dans une même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du même code, l'accord du patient est présumé, sous réserve de son droit d'opposition.
En dehors de cette équipe de soins, le consentement exprès du patient doit être recueilli par tout moyen, y compris de manière dématérialisée.
Dans les deux cas, l'information est préalablement fournie afin que le patient puisse exercer ses droits (droit d'opposition, recueil du consentement).