CHU DIJON BOURGOGNE - POLE DE BIOLOGIE
SERVICE DE PATHOLOGIE

Plateau technique de Biologie
2, rue Angélique Ducoudray BP 37013 - 21070 DIJON Cedex
Professeur Laurent Martin - laurent.martin@chu-dijon.fr

Heures d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 8h à 18h
Tel : 03 80 29 33 01 Fax : 03 80 29 57 17

Cadre réservé au laboratoire

Bon de demande d'examen HISTOpathologique

Identification patient	Identification prescripteur
Etiquette d'identification du patient *Avec NDA et NIP* *à coller ici* *(OBLIGATOIRE)*	**UF de réalisation du prélèvement (** *obligatoire* si **CHU) :** **Service et Centre hospitalier (***obligatoire* **si hors CHU) :** **Médecin prescripteur :** *(NOM Prénom obligatoire)* **Médecin préleveur :** **Médecin correspondant :**

Renseignements prélèvement

☐ Biopsie

☐ Résection / exérèse endoscopique

☐ Pièce opératoire / exérèse

☐ A visée carcinologique

☐ Extemporané
tel salle :

Nombre de prélèvement(s) envoyé(s) : *(obligatoire)*

Nb de sachets :
☐ Frais ☐ Frais sous vide

Nb de flacons :
☐ Frais ☐ Fixé

Date et heure de prélèvement : *(obligatoire)*

Date : / / 20

Heure : h mn

Heure de fixation : h mn

(obligatoire pour tous prélèvements adressés fixés)

Renseignements cliniques :
(contexte clinique, antécédents, hypothèses diagnostiques)

Nature / siège / description du (des) prélèvement(s) :

☐ **Urgent** (*minimum 48h*)
☐ Résultat souhaité pour le : …../……/……

Signature du médecin (*nom, prénom*)