

CHU DIJON	Notice d'utilisation	N°NU-2015-0034	V 001
	6203-PREA-Fiche explicative des bons de demande d'examen histopathologique.	Date Application 23/06/2015	Page 1 sur 1

ITEMS * Item à renseigner obligatoirement	CONSEILS DE SAISIE POUR BON DE DEMANDE D'EXAMEN HISTOPATHOLOGIQUE
Identification patient *	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pour les prélèvements CHU Dijon Bourgogne : <i>hospitalisation et consultation</i> Coller l'étiquette « patient » avec nom, prénom, ddn, NDA, NIP. ✓ Pour les prélèvements hors CHU Dijon bourgogne : Coller l'étiquette « patient » avec nom, prénom, ddn et joindre la fiche administrative du patient (avec adresse du patient obligatoire).
Service de réalisation du prélèvement *	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pour les prélèvements CHU Dijon Bourgogne : <i>hospitalisation et consultation</i> Indiquer le numéro de l'UF du service de réalisation du prélèvement. ✓ Pour les prélèvements hors CHU Dijon bourgogne : Indiquer le nom du service de réalisation du prélèvement et du centre hospitalier.
Identification du médecin prescripteur *	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nom et prénom du médecin qui prescrit l'examen et qui est destinataire principal du compte rendu pathologique. <p><i>Rq 1 : les internes ne peuvent être mentionnés comme médecin prescripteur n'étant pas enregistrés dans le Système informatique du laboratoire.</i></p> <p><i>Rq 2 : le nom et le prénom du médecin doit être bien lisibles et en toutes lettres (pas d'initiales).</i></p>
Identification du médecin préleveur *	<ul style="list-style-type: none"> ✓ nom et prénom du médecin qui réalise le prélèvement : A mentionner si différent du prescripteur (afin qu'il reçoive un duplicata du compte rendu ou un mail d'information de disponibilité du CR sur Dxcare).
Identification du médecin correspondant	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin autre que le prescripteur et préleveur qui souhaite recevoir un duplicata du compte rendu.
Renseignements prélèvement *	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cocher la nature du prélèvement : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Biopsie ▪ Résection / exérèse endoscopique ▪ Pièce opératoire / exérèse ▪ ✓ Cocher : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Extemporane : pour toute demande d'examen extemporané et indiquer le numéro de téléphone de la salle de bloc où le médecin pathologiste pourra joindre le chirurgien pour communiquer le résultat. ▪ A visée carcinologique si prélèvement réalisé pour tumeur maligne ou pour suspicion de tumeur maligne ✓ Indiquer obligatoirement le nombre de sachets et/ou flacon(s) adressé(s) au laboratoire et leur type de conditionnement : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frais / Frais sous vide / fixé ✓ Indiquer obligatoirement la date et l'heure de prélèvement ✓ Indiquer l'heure de fixation pour tous les prélèvements adressés fixés.
Renseignements cliniques *	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mentionner les renseignements cliniques, radiologiques et biologiques pertinents pour orienter la prise en charge du prélèvement et l'élaboration du diagnostic.
Nature / siège / description du (des) prélèvement(s) *	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pour chaque échantillon préciser la nature et le siège du prélèvement (ex : 1 - <i>biopsies duodénales</i> ; 2 - <i>biopsies gastriques</i>)
Délai de rendu du résultat	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Urgent : si résultat souhaité dans un délai minimum de 48h, le prélèvement doit être adressé impérativement au laboratoire avant 12h. ✓ Résultat souhaité pour le/..... préciser date de consultation, d'opération, etc.
Signature du médecin *	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nom, prénom et signature du médecin prescripteur/préleveur ou interne.