

**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 CYTOPathologique

Identification patient

*Etiquette d'identification du patient
Avec NDA et NIP
à coller ici
(OBLIGATOIRE)*

Identification prescripteur

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

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

Nb de flacon(s) :

Nb de lame(s) :

Date et heure de prélèvement : (obligatoire)

Date : / / 20

Heure : h mn

FROTTIS CERVICO UTERIN

Dernières règles :

...../...../.....

contraception orale stérilet implant

grossesse :SA - G.....P.....

ménopause THS métrorragies

Aspect macroscopique du col :

CYTOPONCTION NODULE THYROIDIEN

Localisation :

Taille :

Vascularisation :

Microcalcification :

Echogénicité :

CYTOPONCTION DE KYSTES

ovaire autres :

SEREUSES

liquide péricardique liquide péritonéal

ascite liquide pleural

LBA Volume recueilli :

FIBRO - ASPIRATION BRONCHIQUE

LCR

Si suspicion de Creutzfeldt-jakob ne pas adresser de prélèvement au laboratoire

URINES :

mictionnelles

cystoscopie - résultat :

Autres :

CYTOPONCTION ORGANES PROFONDS

médiastin pancréas ganglion

autres :

Heure de fixation dans le formol : h mn

AUTRE TYPE DE PRELEVEMENT :

Renseignements cliniques (contexte clinique, antécédents, hypothèses diagnostiques)

Urgent (minimum 48h)

Résultat souhaité pour le :/...../.....

Signature du médecin : (Nom, prénom)