



Demande d'examen de pathologie MAMMAIRE

Nom

Prénom

Date de naissance

Rue et N°

NPA/Lieu

TÉL:

ID du patient:

Sexe F M

Facture à adresser: Patient Caisse maladie Hôpital Autre

Copie(s) à:

Médecin demandeur

Localisation et prélèvement

1)

2)

3)

4)

5)

EXAMEN EXTEMPORANÉ

TÉL:

Cytologie

FNA à droite à gauche

Écoulement mamelonnaire dr. g.

Marque ficelle pour l'échantillon o1 o2 o3 o4 o5
(double court = vers le mamelon; double long = ventral; simple long = crânial)

Renseignements cliniques

Date du prélèvement _____

