

IDENTIFICATION & RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES)

CLINIQUE
OU SERVICE :

MÉDECIN
PRESCRIPTEUR: DR

Nom et prénom complet en lettre moulée, signature et # pratique

Copie à:

Nom et prénom complet en lettre moulée, signature et # pratique

Copie à:

Nom et prénom complet en lettre moulée, signature et # pratique

Prélèvement(s): Date: _____ Heure: _____

Ordonnance verbale, copie au dossier médical.

Signature de l'inf / tech _____ # pratique / emp _____

Important: Tout formulaire non complété conformément sera refusé

➤ Diagnostic pré-opératoire: _____

➤ Antécédents/demandes spéciales (cocher les éléments applicables)

Antécédent de cancer: _____

Antécédent familiaux pertinents : _____

Antécédent de Chimiothérapie/Radiothérapie

Traitement néo adjuvant reçu

Tests spéciaux (immuno, bio. mol., dosage, etc): _____

Date du prochain rendez-vous: _____

➤ Procédure/intervention: _____

➤ Renseignements cliniques (spécifique à l'indication chirurgicale): _____

➤ Impression/suspicion clinique (cocher les éléments applicables)

Malin

Lymphome

Néoplasie primitive

Métastase

Autre: _____

Bénin

Inflammatoire/réactionnel

Néoplasique/hyperplasique

Malformation/kyste

Autre: _____

Routine/suivi

Autre: _____

➤ Diagnostic post-opératoire: _____

Nom:

No. Dossier:

RAMQ:

Date de naissance:

Cocher ici pour un état frais

État frais



Identification des prélèvements

A	
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	
J	