

SITE: Argenteuil Des Sommets L'Annonciation Mt-Laurier

CLINIQUE
OU SERVICE :

MÉDECIN
PRESCRIPTEUR: DR

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

Copie à:

Nom, prénom complet et # pratique en lettre moulée

Copie à:

Nom, prénom complet et # pratique en lettre moulée

Prélèvement(s): Date: _____ Heure: _____

Ordonnance verbale, copie au dossier médical.

Nom, prénom : _____
Signature de l'inf / tech : _____ # pratique : _____

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:

et

RAMQ:

ou

No. Dossier:

ou

Date de naissance:

Cocher ici pour un état frais

État frais

coller l'étiquette code-barre ici



Identification des prélèvements (obligatoire)

| | |
|---|--|
| A | |
| B | |
| C | |
| D | |
| E | |
| F | |
| G | |
| H | |
| I | |
| J | |

IDENTIFICATION & RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES)