

Formulaire 3- Demande d'analyse de Spécimen Chirurgical Mammaire

Patiente & Prescripteur

Nos références :	Cachet et signature du Médecin préleveur : DATE EXAMEN : _____ HEURE : _____ Copies au(x) Docteur (s): _____
------------------	---

Lésion(s) : sein droit / sein gauche (si bilatérales, 2 demandes)

Antécédents personnels sénologiques

Néant / Inconnu / Connu, voir demande(s) précédente(s)

Si autre, préciser :

Clinique

Lésion palpable / Palpation douteuse / Non-palpable

TAILLE :CM

DIAGNOSTIC : NE SAIT PAS / BENIN / BENIN ? / MALIN ? / MALIN

Imagerie médicale

Pas d'examen / Résultat inconnu / Négative / Douteuse / Positive

Type de lésion :

TAILLE MINIMUM:CM / TAILLE MAXIMUM:CM

DIAGNOSTIC : NE SAIT PAS / BENIN / BENIN ? / MALIN ? / MALIN

DISCORDANCE ENTRE METHODES :

CYTOLOGIE ET BIOPSIE A L'AIGUILLE

Pas d'examen / Résultat inconnu

CYTOLOGIE: C1 NON SIGNIF. / C2 BÉNIN / C3 BÉNIN ? / C4 MALIN ? / C5 MALIN

BIOPSIE : B1 NON SIGNIF. / B2 BÉNIN / B3 BORDERLINE / B4 MALIN ? / B5 MALIN

DEMANDE DE MARQUEURS PHARMACODIAGNOSTIQUES :

RO / RP / Onco c-erbB-2

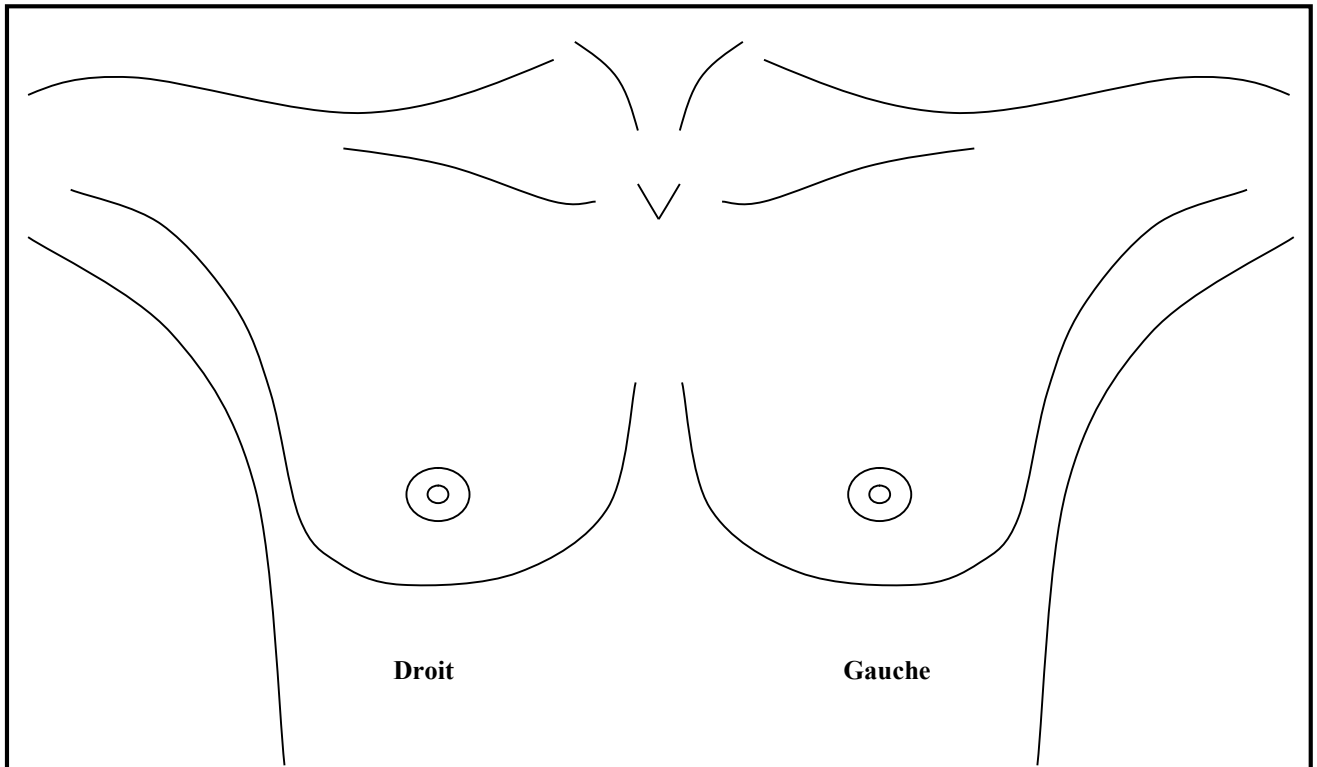
Demande FISH / SISH (dans le cadre d'un programme de soins oncologiques reconnus)

HEURE du prélèvement :H.....minutes

Spécimen(s) opératoire(s)

Type de prélèvement	Localisation	Représentativité
Biopsie simple <input type="checkbox"/>	Palpation <input type="checkbox"/>	Oui, lésion palpable <input type="checkbox"/>
Biopsie exérèse conservatrice <input type="checkbox"/>	Guidage radiologique <input type="checkbox"/>	Oui, contrôle XR biopsie <input type="checkbox"/>
Quadrantectomie <input type="checkbox"/>	Guidage échographique <input type="checkbox"/>	Douteuse <input type="checkbox"/>
Mammectomie <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/> :	Non <input type="checkbox"/>
Autre :		
Commentaires :		

SCHEMA OPERATOIRE



Orientation spécimen(s)



Commentaires :

.....

Cadre technique : (réservé au laboratoire) :

<p>1. <u>Type de fixation</u> :</p> <p>- Formol tamponné : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>- Formol non tamponné : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>- Autres :</p>	<p>2. <u>Délai de fixation</u> : <input type="radio"/> inconnu <input type="radio"/> < 1h <input type="radio"/> 1-6h <input type="radio"/> 6-48h <input type="radio"/> >48H</p> <p>3. <u>Temps de fixation</u> : <input type="radio"/> inconnu <input type="radio"/> < 1h <input type="radio"/> 1-6h <input type="radio"/> 6-48h <input type="radio"/> >48H</p> <p>4. <u>Date prélèvement</u> : Heure :</p>
---	---