

 	Mode opératoire		Référence	MOP-01547	
	BIOPATH - ACP - Mémo pour renseigner la feuille de demande d'examen d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques		Version	05	Page 1 sur 5
			Applicable le	03/07/2023	
Rédaction		Vérification		Approbation	
Fallou DIOP, Catherine GURGUL		Corinne UTARD		Guillaume GAUCHOTTE, Agnes LEROUX	

Seule la version électronique du document est valide

Table des matières

1. Objet et domaine d'application	2
2. Responsabilités	2
3. Documents de référence	2
4. Définitions - Abréviations.....	2
5. Mode opératoire	2
6. Historique des modifications	5

	Mode opératoire		Référence	MOP-01547	
	BIOPATH - ACP - Mémo pour renseigner la feuille de demande d'examen d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques		Version	05	Page 2 sur 5
			Applicable le	03/07/2023	
Rédaction		Vérification	Approbation		
Fallou DIOP, Catherine GURGUL		Corinne UTARD	Guillaume GAUCHOTTE, Agnes LEROUX		

Seule la version électronique du document est valide

1. Objet et domaine d'application

Ce document décrit les modalités de remplissage de la feuille de prescription d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du Département de Biopathologie CHRU/ICL. Il est destiné aux prescripteurs du CHRU de Nancy et aux prescripteurs de l'ICL.

2. Responsabilités

Les médecins prescrivant des examens d'Anatomie et Cytologie Pathologiques sont responsables d'appliquer ce document.

Le Chef du Service ACP est responsable de la mise à jour de ce document.

3. Documents de référence

Externe :

Norme NF EN ISO 15189 (version en vigueur)

SH REF 02 (version en vigueur)

Manuel de Certification des Etablissements de Santé (Version en Vigueur)

Référentiel qualité interne :

DP-00616 Demande d'examen d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

4. Définitions - Abréviations

ACP : Anatomie et Cytologie Pathologiques

5. Mode opératoire

  Institut de Cancérologie de Lorraine Alexis Vautrin	Mode opératoire		Référence	MOP-01547	
	BIOPATH - ACP - Mémo pour renseigner la feuille de demande d'examen d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques		Version	05	Page 3 sur 5
			Applicable le	03/07/2023	
Rédaction		Vérification		Approbation	
Fallou DIOP, Catherine GURGUL		Corinne UTARD		Guillaume GAUCHOTTE, Agnes LEROUX	

Seule la version électronique du document est valide

Champs obligatoires à compléter par le prescripteur

Médecin thésé, si interne préciser le nom du médecin thésé responsable

Tampon du médecin

Sinon **nom et prénom** écrits lisiblement en toutes lettres

Signature obligatoire

Champs obligatoires à compléter par le prescripteur

Etiquette patient **avec NDA UF** (avec numéro de téléphone pour joindre le service)




 Institut de Cancérologie de Lorraine
 Alexis Vautrin
 Ensemble, construisons l'avenir

Département de Biopathologie CHRU - ICL
Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
 Secrétariat : 03 83 65 60 17

Etiquette patient établissement

Coordonnées du Service prescripteur (UF)

Etiquette Laboratoire (réservé Biopathologie)

Médecin prescripteur (Sénior obligatoire) :

Nom : _____ Prénom : _____

SIGNATURE : _____

Duplicata à adresser à :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse complète : _____

Réponse souhaitée (RCP, Traitement, Consultation, Hospitalisation) pour le :

Champs obligatoires à compléter par le prescripteur

Organe (latéralité si organe pair)

Nature du prélèvement : biopsie, liquide, exérèse

Date obligatoire

Type d'intervention : **DATE du prélèvement :**

Pièce d'exérèse
 Biopsie
 Liquide biologique
 Cytoponction, frottis, étalement

Côté : Droit Gauche **Site anatomique :**

Le prélèvement présente-t-il un risque infectieux (y compris ATNC) suspecté ou avéré ? Non Oui Si oui, lequel ?

Examen extemporané
 Poste à rappeler pour résultat :
 prévenir le laboratoire lors de l'envoi au 03 83 65 60 40
 Salle Bloc (ICL uniquement) : 1 2 3 4 Robot

Demandes spécifiques
 HER2 Récepteurs Hormonaux
 Immunofluorescence (congélation liquide de Michel)
 Autres :

Traitements antérieurs
 Chirurgie
 Curiothérapie
 Radiothérapie
 Hormonothérapie
 Chimiothérapie
 Autre

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (tout renseignement pertinent pour le diagnostic, hypothèses diagnostiques) :

Identification et différenciation des prélèvements (si multiples) : Nombre total de récipients / flacons :

Heure d'exérèse / fixation	N°	Heure d'exérèse / fixation	N°

Extemporané si demandé

- Prévenir le labo au 56040
- Noter un numéro direct pour communication des résultats

Champs obligatoires à compléter par le prescripteur

- **Renseignements cliniques**
- Identification de tous les contenants (+étiquette patient et numéro sur chaque pot)
- Heure d'exérèse/fixation

 	Mode opératoire		Référence	MOP-01547	
	BIOPATH - ACP - Mémo pour renseigner la feuille de demande d'examen d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques		Version	05	Page 4 sur 5
			Applicable le	03/07/2023	
Rédaction		Vérification		Approbation	
Fallou DIOP, Catherine GURGUL		Corinne UTARD		Guillaume GAUCHOTTE, Agnes LEROUX	

Seule la version électronique du document est valide

Champs obligatoires à compléter par le prescripteur

Médecin thésé, si interne préciser le nom du médecin thésé responsable

Tampon du médecin

Sinon **nom et prénom** écrits lisiblement en toutes lettres

Signature obligatoire

Champs obligatoires à compléter par le prescripteur
 Etiquette patient **avec NDA**
UF (avec numéro de téléphone pour joindre le service)




INSTITUT DE CANCÉROLOGIE DE LORRAINE
Alexis Vautrin

Demande d'Examen
 Département de Biopathologie CHRU - ICL
 Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
 Secrétariat : 03 83 65 60 17

Etiquette patient établissement

Coordonnées du Service prescripteur

Salle Bloc : 1 2 3 4 Robot

Etiquette Laboratoire (Prélevé Biopathologie)

Numéro de téléphone direct :

Nom, prénom du médecin préleveur : _____

SIGNATURE : _____

Réponse souhaitée (RCP, Traitement, Consultation, Hospitalisation) pour le : ___ / ___ / ___

Examen extemporané
Prévenir le laboratoire lors de l'envoi au 03 83 65 60 40
Poste à rappeler pour résultat :

Radio de pièce

Protocole

Traitements antérieurs :

Chirurgie

Curiothérapie

Radiothérapie

Hormonothérapie

Chimiothérapie

Autre (précisez)

Demandes spécifiques

Récepteurs Hormonaux

HER2

Autres :

Congélation (prélèvement frais), ou liquide de Michel (immunofluorescence)

Prélèvement présentant un risque infectieux (y compris ATNC) suspecté ou avéré ? Non Oui Si oui, lequel ? _____

Droit Gauche Type d'intervention : _____

Identification et différenciation des prélèvements (si multiples), renseignements cliniques :

N°	Heure exérèse / fixation	Nombre total de récipients / flacons : _____

Champs obligatoires à compléter par le prescripteur

Organe (latéralité si organe pair)

Nature du prélèvement: biopsie, liquide, exérèse

Extemporané si demandé
 - Prévenir le labo au 56040
 - Noter un numéro direct pour communication des résultats

Champs obligatoires à compléter par le prescripteur

- **Renseignements cliniques**
- Identification de tous les contenants (+ étiquette patient et numéro sur chaque pot)
- Heure d'exérèse/fixation

 	Mode opératoire		Référence	MOP-01547	
	BIOPATH - ACP - Mémo pour renseigner la feuille de demande d'examen d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques		Version	05	Page 5 sur 5
			Applicable le	03/07/2023	
Rédaction		Vérification		Approbation	
Fallou DIOP, Catherine GURGUL		Corinne UTARD		Guillaume GAUCHOTTE, Agnes LEROUX	

Seule la version électronique du document est valide

NB : Pour l'ICL : Le duplicata de prescription est transmis au Département de Biopathologie CHRU-ICL avec les prélèvements, l'original est conservé par le service prescripteur.

6. Historique des modifications

Date	Version	Description	Rédacteur(s)
06/03/2020	1	Création du document	Pr G. Gauchotte
21/04/2022	2	Adaptation à la nouvelle fiche de prescription	E. Nisse
21/10/2022	3	Adaptation à la nouvelle fiche de prescription	E. Nisse
11/04/2023	4	Ajout du bon de prescription ICL Retrait de la mention « Duplicata externe au CHRU de Nancy ».	E. Nisse
21/06/2023	5	Révision du document suite changement de la version du bon de prescription	F. DIOP C. GURGUL