

**GUSTAVE ROUSSY**  
**DÉPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE MÉDICALES**

Unité de Cytopathologie – Tél. : 01 42 11 45 30 / Fax : 01 42 11 53 83  
114, rue Edouard-Vaillant – 94805 Villejuif Cedex

**DEMANDE D'EXAMEN DE CYTOPATHOLOGIE**

Identification du Patient. Etiquette Nom : ..... Nom de naissance : ..... Prénom : ..... NIP : ..... Date de Naissance : ..... Genre : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Service et téléphone : ..... Médecin prescripteur : ..... Date de la prescription : ..... Signature : ..... <hr/> Nom du préleveur : ..... Date du prélèvement : ..... Heure du prélèvement : ..... Signature : .....	<b>Cadre réservé au Laboratoire</b> Date/heure de réception : ..... Conformité de la demande : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Identifiant technicien(ne) : .....
--	--	---

**Examen**  **urgent (à faire parvenir avant 15h30)**  **extemporané - Nom et tél. (médecin à joindre) :** .....

**CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE**

Vulve                    Vagin                    Exocol                    Endocol                    Endomètre  
Date des dernières règles : ..... / ..... / .....     Date de la ménopause : ..... / ..... / .....  
 Contraception      autre traitement (Préciser) : .....

**CYTOLOGIE NON GYNÉCOLOGIQUE**

Organes	Type de prélèvement	Technique de prélèvement
<input type="checkbox"/> Duodénum	<input type="checkbox"/> Aspiration	<input type="checkbox"/> non guidée
<input type="checkbox"/> Estomac	<input type="checkbox"/> Brossage	<input type="checkbox"/> guidée
<input type="checkbox"/> Foie	<input type="checkbox"/> Cytoponction	<input type="checkbox"/> échographie
<input type="checkbox"/> Ganglion lymphatique	<input type="checkbox"/> Ecoulement	<input type="checkbox"/> scan
<input type="checkbox"/> Médiastin	<input type="checkbox"/> Lavage	<input type="checkbox"/> écho-endoscopie
<input type="checkbox"/> Méninges (LCR)	<input type="checkbox"/> Liquide	Calibre de l'aiguille : .....
<input type="checkbox"/> Pancréas		Nbre de passages : .....
<input type="checkbox"/> Moelle : <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> CIAD <input type="checkbox"/> CIAG <input type="checkbox"/> CIPD <input type="checkbox"/> CIPG		Voie d'abord (Préciser) : .....

**Latéralité :**    Gauche    Droite     **Topographie :**

Si ponction, lésion    Solide  Kystique  Solide et kystique  Nécrotique  Fibreuse  Calcifiée  
Si ponctions de lésions différentes, préciser leur site anatomique : .....

Qualité de la ponction :      Très facile      Facile      Difficile      Très difficile

**MATÉRIEL ADRESSÉ AU LABORATOIRE**

Lames d'étalements :                    Nbre séchées air : .....      Nbre fixées laque : .....  
Liquide non fixé :                    Nbre de tubes : .....  
Cytologie monocouche :            Nbre de tubes : .....      CytoLyt      PreservCyt  
Microfragments fixés :            Nbre de tubes : .....      Formol      Autre (Préciser) : .....

**Renseignements concernant le patient (CSP Art. L. 6211-8)**

Antécédents (type histologique du cancer) : .....  
Clinique et imagerie : .....

Marqueurs tumoraux : .....  
Traitement, lequel : .....                   Protocole, lequel : .....  
Hypothèses diagnostiques : .....