



SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Téléphone Accueil : 02 31 06 44 09 Télécopie : 02 31 06 50 63

Document à joindre avec le bon de demande d'examen général d'A.C.P.

ETIQUETTE PATIENT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

TAMPON DU SERVICE

UF :

Date du Prélèvement :

Siège(s) de la lésion :

Mode de réévaluation de la lésion / circonstance de découverte :

ATCD Radiothérapie sur le site de prélèvement : ☐ Oui ☐ Non

Hypothèses diagnostiques :

Geste et aspect per-opératoire :

Type : ☐ Biopsie ☐ Exérèse ☐ Autre :

Aspect circonscrit : ☐ Oui

☐ Non

Plan de clivage : ☐ Oui

☐ Non

Aspect de gliome : ☐ Oui

☐ Non

Si oui : ☐ Bas grade ☐ Haut grade

Description (couleur, consistance, nécrose) :

IRM préopératoire :

Aspect : ☐ Circonscrit

☐ Diffus

Structure : ☐ Homogène

☐ Hétérogène

Oedème périlésionnel : ☐ Oui

☐ Non

T1 : ☐ Hyposignal

☐ Isosignal

☐ Hypersignal

T2 : ☐ Hyposignal

☐ Isosignal

☐ Hypersignal

Prise de contraste : ☐ Oui

☐ Non

Si oui : ☐ Centrale et homogène

☐ Périphérique

☐ Mixte

Si suspicion de métastase :

Primitif trouvé : ☐ Oui

☐ Non

Si oui (type histologique) :

NOM du Médecin Prescripteur :

Coordonnées :

Si histologie faite hors CHU de Caen, merci de nous joindre une copie intégrale du CR d'A.C.P.