

Annexe 6 : fiche de biopsie informatisée



N° de DOSSIER :
NOM : J
PRENOM :
DDN :

PRESCRIPTION de BIOPSIE en IMAGERIE

À remettre au secrétariat de radio-Interventionnelle (Tél. 3250)

Date de la Demande :

Médecin prescripteur :
(en toutes lettres)

Signature :

Dans le cadre :

Primo diagnostic :

Diagnostic :

Essai thérapeutique :

Nom Etude : Biopsie initiale :

Biopsie séquentielle :

CIBLE :

Date souhaitée de la biopsie :

Nature du prélèvement :

Etat frais :

Formol :

Renseignements Cliniques :

Anticoagulant / Antiagrégant :

Contre-indication à la piétonisation :

Score OMS : 0

SERVICE D'IMAGERIE

Position du patient :

Appareil :

Prise en charge :

Dossier vu & géré par :

Biopseur : G Gauges (si réalisable)

CIBLE validée par le RADIOLOGUE :

RDV fixé le :

REMARQUE: