



Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
IMPRIME	004	IM-LAB 282	03	27/11/2024

# JOURNEE THYROÏDE

EMETTEUR : DEPARTEMENT DE BIOPATHOLOGIE

Rue d'Amiens CS11516, 76038 ROUEN Cedex    Secrétariat : 02.32.08.22.12    Fax : 02.32.08.25.66    Mail : anatomie.pathologique@chb.unicancer.fr

<b>PRESCRIPTEUR</b> Nom, prénom, service : ..... ..... Tél / Fax : ..... Signature :	<b>DESTINATAIRE DU COMPTE-RENDU</b> (si différent du prescripteur) Nom, prénom, service : ..... ..... Tél / Fax : .....	<b>IDENTIFICATION DU PATIENT (étiquette)</b> NIP : ..... Nom usuel : ..... Nom de naissance : ..... Prénom : ..... Date de naissance :    /    / Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
---	--	---

<b>PRELEVEUR</b> Nom, prénom : ..... Fonction : ..... Date de prélèvement : ..... Heure de prélèvement : ..... Heure de fixation : ..... Nom, prénom du chirurgien : ..... N° Tél salle de prélèvement : .....	<b>ORIGINE</b> <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Hospitalisation
--	---

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / INFORMATIONS**

Dosage Thyroglobuline / Calcitonine / autre examen demandé au LBM ?     OUI     NON

<b>THYROÏDE</b> <b>NODULE 1</b> <b>SIEGE :</b> <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> isthme <input type="checkbox"/> non précisé <input type="checkbox"/> 1/3 supérieur <input type="checkbox"/> 1/3 moyen <input type="checkbox"/> 1/3 inférieur <b>TAILLE :</b> ..... <b>ECHOGRAPHIE :</b> ..... <b>TI-RADS :</b> ..... <b>CYTOPONCTION :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    Nb lames : ..... <b>BRAF :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>NODULE 2</b> <b>SIEGE :</b> <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> isthme <input type="checkbox"/> non précisé <input type="checkbox"/> 1/3 supérieur <input type="checkbox"/> 1/3 moyen <input type="checkbox"/> 1/3 inférieur <b>TAILLE :</b> ..... <b>ECHOGRAPHIE :</b> ..... <b>TI-RADS :</b> ..... <b>CYTOPONCTION :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    Nb lames : ..... <b>BRAF :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	--

➤ **SUR GANGLION**

**ADENOPATHIE**     OUI                       NON

**CYTOPONCTION**     OUI             NON            Nb lames : .....

**ESSAI / ETUDE / PROTOCOLE CLINIQUE :** Prélèvement dans le cadre d'une étude :  Non     Oui, nom de l'étude.....

**PARTIE RESERVEE AU SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES**

Date de réception : ..... Heure de réception : .....  
Pathologiste : ..... Technicien : .....  
Heure de rendu des lames au pathologiste : .....  
Heure de fin de dictée / frappe : .....

Diagnostic et signature pathologiste : .....

**NON CONFORMITE :**  Non     Oui    Motif : .....

Déclaration dans Process :     Oui     Non

Nom de l'approbateur de la NC : ..... Nom du technicien déclarant : .....