Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Québec

ORDONNANCE – ANATOMOPATHOLOGIE

*** Champs OBLIGATOIRES. Caractères d'imprimerie seulement. Toute requête mal identifiée, illisible ou non signée sera refusée.**

PRESCRIPTEUR (Responsable du suivi)

*NOM de la clinique : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

*Tél : _____ *Fax : _____

*NOM, Prénom : _____ *# Pratique : _____

Professionnel à informer (copie conforme)

*NOM, PRÉNOM : _____.

*# Pratique : _____ .

USAGER

*No assurance maladie (RAMQ)	*Expiration AAAA-MM-JJ	No de dossier (hôpital)
*Nom et prénom (naissance)		
*Date de naissance AAAA-MM-JJ	*Sexe ☐ F ☐ M	
Adresse		
Ville		Code postal
Téléphone	Nom et prénom de la mère	

*INFORMATION PRÉLEVEUR

*NOM, Prénom : _____ #Pratique : _____

Apposer étiquette de laboratoire

*RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIC PRÉOPÉRATOIRE :

_____

_____

_____

Antécédents de cancer ☐ Non ☐ Oui Lesquels : _____

A reçu un traitement néo-adjuvant pour la pathologie recherchée : _____

A reçu un traitement chimio ou radio ☐ Non ☐ Oui Pour quel cancer : _____

Entre BMP et HY

Préparé par : _____

Envoyé par : _____

Reçu par : _____

*INTERVENTION :

Congélation ☐ Rapport provisoire Téléphoner au : _____

PRIORISER			
	Biopsie	Non	☐
		Oui	☐ Suspicion, métastases ou récidive d'un cancer ☐ Maladie avec état critique
	Chirurgie	Non	☐
		Oui	☐ Patient recevra un traitement de chimio ou radio dans un délai d'un mois ☐ Patient recevra un traitement de chimio ou radio dans un délai de 2 mois

Pour spécimen de congélation ou état frais

PRÉVENTION DES INFECTIONS

☐ Aucune précaution additionnelle

☐ Gouttelettes (contaminants)

☐ Aérosols

*NATURE ET SITE DU PRÉLÈVEMENT (TOPOGRAPHIE, LATÉRALITÉ) :

_____

_____

*Date et heure de prélèvement : _____ / _____ / _____ _____ h _____ Heure de fixation au formol : _____ h _____

Année Mois Jour Heure Heure

Un formulaire / un *spécimen* conforme doit inclure :

- **Nom et prénom du patient** / *Nom et prénom du patient*
- **RAMQ obligatoire, # dossier** / *RAMQ obligatoire, # dossier*
- **Date et heure du prélèvement** / *Date et heure du prélèvement*
- **Nature et site du/des prélèvement(s)** / *Nature et site du/des prélèvement(s)*
- **En lettres moulées : nom et prénom du Md requérant, adresse de retour des résultats**
- **Signature du Md requérant** / *Initiales du préleveur*
- **Renseignements pertinents**

TOUTE DEMANDE ILLISIBLE OU INCOMPLÈTE SERA RETOURNÉE AU MÉDECIN REQUÉRANT

_____	_____	_____
***Date de l'ordonnance**	***Signature médecin requérant**	***No. pratique obligatoire**

PATHOLOGIE

# pot	PARTIE ANATOMIQUE	Biopsie	Polype
	ILEON TERMINAL		
	VALVE ILÉO-CAECALE		
	CAECUM		
	CÔLON ASCENDANT PROXIMAL		
	CÔLON ASCENDANT DISTAL		
	ANGLE HÉPATIQUE		
	CÔLON TRANSVERSE PROXIMAL		
	CÔLON TRANSVERSE DISTAL		
	ANGLE SPLÉNIQUE		
	CÔLON DESCENDANT PROXIMAL		
	CÔLON DESCENDANT DISTAL		
	SIGMOIDE		
	RECTOSIGMOIDE		
	RECTUM		
	DUODÉNUM		
	ANTRE		
	CARDIA		
	CORPS		
	FUNDUS		
	JONCTION GASTRO-OESOPHAGIENNE		
	ŒSOPHAGE DISTAL		
	ŒSOPHAGE MOYEN		
	ŒSOPHAGE PROXIMAL		