



## Feuille de route du prélèvement

Tumorothèque Franche Comté

### LE PRELEVEUR

Etablissement :

*Tampon*

Medecin :

Service :

Téléphone :

Nom du patient :

*Etiquette*

Nom de jeune fille :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Feuille d'information remise au patient (ou aux parents dans le cas d'un mineur) :    Oui            Non

Date du prélèvement (Jour/mois/Année) :

Siège du prélèvement :

Heure de clampage (h / min) :

Organe :

Heure de l'exérèse (h / min) :

Coté :     Gauche     Droite

Type d'intervention :

Biopsie     Pièce opératoire

### LE PATHOLOGISTE

Heure du conditionnement :

Conditions de transfert respectées :  
(Stérile)                     Oui  Non

Nombre de fragments **tumoraux** :

Conditions d'hygiène du  
prélèvement respectées:

Nombre de fragments **sains** :

Oui  Non

Nom du pathologiste :

Fragment miroir :  Oui  Non  
Tissu Tumoral

Référence de l'examen :

Fragment miroir :  Oui  Non  
Tissu Sain

Code ADICAP organe :

### ENVOI DES ECHANTILLONS

Date d'envoi du courrier :

Date de réception :