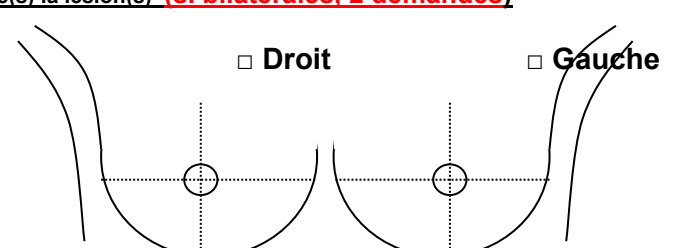


## FORMULAIRE 2 - DEMANDE D'ANALYSE DE BIOPSIE A L'AIGUILLE MAMMAIRE

<p><b>Identification patiente (étiquette, vignette, plaquette)</b></p>  <p>Nos références:</p>	<p><b>Cachet et signature du Médecin préleveur:</b></p>  <p><b>DATE EXAMEN:</b></p> <p><b>Copies au(x) Docteur (s):</b></p>
<p><b>Antécédents médicaux</b></p> <p>Aucun <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/> / Oui (précisez):.....</p> <p>Traitement en cours / médicaments:..... Patiente enceinte <input type="checkbox"/></p> <p>N° AP Antérieur: .....</p>	
<p><b>ATTENTION UTILISER LES POTS SPECIFIQUES</b> <span style="float: right;"><b>HEURE du prélèvement :</b></span></p> <p>.....H.....minutes</p> <p><b>DEMANDE DE MARQUEURS PHARMACODIAGNOSTIQUES :</b> <input type="checkbox"/> RO / <input type="checkbox"/> RP / <input type="checkbox"/> c-erbB-2</p> <p><input type="checkbox"/> Demande <b>FISH / SISH</b> (dans le cadre d'un programme de soins oncologiques reconnus)</p>	
<p><b>Latéralisation et site de(s) la lésion(s) (si bilatérales, 2 demandes)</b></p> <div style="text-align: center;">  </div>	
<p><b>Examen clinique sénologique</b></p> <p><b>Mamelon</b> présence d'une lésion ou d'un écoulement <input type="checkbox"/></p> <p><b>Palpation:</b> lésion palpable <input type="checkbox"/> / palpation douteuse <input type="checkbox"/> / lésion non palpable <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p><b>Diagnostic:</b> Bénin <input type="checkbox"/> / Bénin probable <input type="checkbox"/> / Malin probable <input type="checkbox"/> / Malin <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p><b>Peau</b> rétraction <input type="checkbox"/> - ulcération <input type="checkbox"/> - érythème <input type="checkbox"/></p> <p><b>Taille</b> (maximum, en cm) :.....</p> <p><b>Ganglions lymphatiques:</b> N0 <input type="checkbox"/> / N1 <input type="checkbox"/> / NX <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Imagerie médicale</b></p> <p><b>Lésion</b> présente <input type="checkbox"/> / présence douteuse <input type="checkbox"/> / absente <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p><b>Type de lésion:</b> masse solide - tumeur <input type="checkbox"/> / kyste <input type="checkbox"/> / calcifications <input type="checkbox"/> / anomalie de trame <input type="checkbox"/> / autre* <input type="checkbox"/></p> <p><b>Catégories diagnostiques:</b> ACR 1 <input type="checkbox"/> / ACR 2 <input type="checkbox"/> / ACR 3 <input type="checkbox"/> / ACR 4 <input type="checkbox"/> / ACR 5 <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p><b>Discordance entre méthodes :</b></p> <p>.....</p>	
<p><b>Procédure de prélèvement</b></p> <p><b>Type d'aiguille:</b> Tru-cut manuel <input type="checkbox"/> / Pistolet automatique <input type="checkbox"/> / Mammotome-Vacora <input type="checkbox"/> / Autre*<input type="checkbox"/></p> <p><b>Localisation :</b> palpation <input type="checkbox"/> / stéréotaxie X-ray <input type="checkbox"/> / échographique <input type="checkbox"/> / autre*<input type="checkbox"/></p> <p><b>Adéquation :</b> aiguille dans la lésion <input type="checkbox"/> / douteuse <input type="checkbox"/> / aiguille en dehors de la lésion <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p><b>Calcifications contrôle XR des carottes :</b> présentes <input type="checkbox"/> / présence douteuse <input type="checkbox"/> / absentes <input type="checkbox"/> / Clichés non réalisés <input type="checkbox"/></p> <p><b>Nombre de carottes avec calcifications/ nombre total:</b> ...../..... <b>Anomalie totalement réséquée :</b> oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>(*) Commentaires:</b></p>	