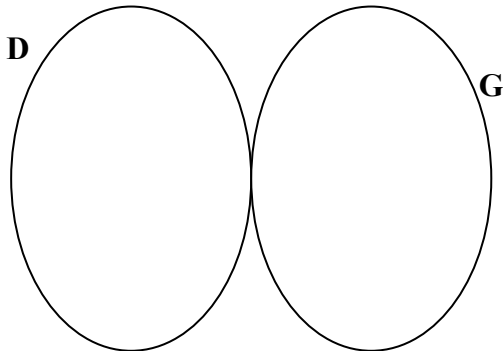


Formulaire d'analyse de ponction cytologique thyroïdienne	
<b>Patient :</b>  Plaquette, vignette ou identification complète du patient (nom, prénom, sexe, date de naissance, adresse ; n° de mutuelle, NISS)	<b>Prescripteur :</b>  Cachet et signature du Médecin préleveur :  DATE EXAMEN :                      HEURE :  Copies au(x) Docteur (s) :

**Schéma**



**Nodule :** hypoécho  isoécho  hyperécho   
**Taille** ....x.....x ....cm

**Nodule kystique :** , **solide :**   
**Bourgeon intra-kystique :** oui  non

**Calcifications :** oui  non

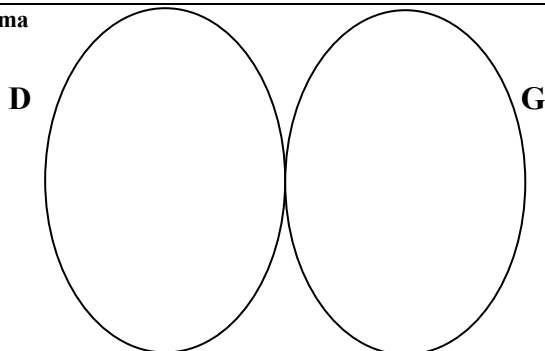
**Autres nodules :** oui  non  / **Adénopathies :** oui  non

**Anticorps :**

**Résultat scintigraphique :**

Formulaire d'analyse de ponction cytologique thyroïdienne	
<b>Patient :</b>  Plaquette, vignette ou identification complète du patient (nom, prénom, sexe, date de naissance, adresse ; n° de mutuelle, NISS)	<b>Prescripteur :</b>  Cachet et signature du Médecin préleveur :  DATE EXAMEN :                      HEURE :  Copies au(x) Docteur (s) :

**Schéma**



**Nodule :** hypoécho  isoécho  hyperécho   
**Taille** ....x.....x.....cm

**Nodule kystique :** , **solide :**   
**Bourgeon intra-kystique :** oui  non

**Calcifications :** oui  non

**Autres nodules :** oui  non  / **Adénopathies :** oui  non

**Anticorps :**

## Résultat scintigraphique :