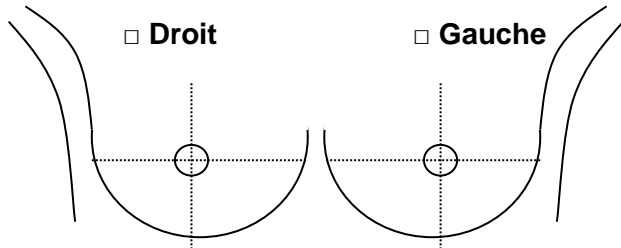


FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSE DE CYTOLOGIE MAMMAIRE

<p>Identification patient (étiquette, vignette, plaquette)</p> <p>Nos références:</p>	<p>Cachet et signature du Médecin préleveur:</p> <p>DATE EXAMEN: _____ HEURE : _____</p> <p>Copies au(x) Docteur (s): _____</p>
<p>Antécédents médicaux</p> <p>Aucun <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/> / Oui (précisez):</p> <p>.....</p> <p>Traitement en cours / médicaments: Patiente enceinte <input type="checkbox"/></p> <p>N° AP Antérieur:</p>	
<p>Latéralisation et site de(s) la lésion(s)</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Droit</p> <p style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Gauche</p> </div>	
<p>Examen clinique sénologique</p> <p>Mamelon présence d'une lésion ou d'un écoulement <input type="checkbox"/></p> <p>Palpation: lésion palpable <input type="checkbox"/> / palpation douteuse <input type="checkbox"/> / lésion non palpable <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>Diagnostic: Bénin <input type="checkbox"/> / Bénin probable <input type="checkbox"/> / Malin probable <input type="checkbox"/> / Malin <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Peau rétraction <input type="checkbox"/> - ulcération <input type="checkbox"/> - érythème <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Taille (maximum, en cm) :</p> <p style="text-align: right;">Ganglions lymphatiques: N0 <input type="checkbox"/> / N1 <input type="checkbox"/> / NX <input type="checkbox"/></p>	
<p>Imagerie médicale</p> <p>Lésion présente <input type="checkbox"/> / présence douteuse <input type="checkbox"/> / absente <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>Type de lésion: 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>Catégories diagnostiques: 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>Discordance entre méthodes :</p> <p>.....</p>	
<p>Procédure de prélèvement</p> <p>Type de prélèvement: ponction lésion solide <input type="checkbox"/> / ponction liquide kystique <input type="checkbox"/> / écoulement mamelon <input type="checkbox"/> / frottis cutané ou mamelon <input type="checkbox"/> / autre* <input type="checkbox"/></p> <p>Localisation : palpation <input type="checkbox"/> / stéréotaxie X-ray <input type="checkbox"/> / échographique <input type="checkbox"/> / autre* <input type="checkbox"/></p> <p>Adéquation : 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>(*) Commentaires :</p> 	