

CYTOLOGIE NON GYNÉCOLOGIQUE

PROVENANCE DU SPÉCIMEN <input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> HND <input type="checkbox"/> HSL <input type="checkbox"/> Hosp. <input type="checkbox"/> Clin. ext. <input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Autres Préciser : _____	N° dossier ou RAMQ (obligatoire) _____	DATE DE PRÉLÈVEMENT ____ / ____ / ____	Réservé au laboratoire DATE DE RÉCEPTION ____ / ____ / ____
	NOM : _____ PRÉNOM : _____ Date de naissance (an/mois/jour) : ____ / ____ / ____	Signature : _____ N° de permis : _____ COPIE(S) : _____	

NATURE DU SPÉCIMEN	TRAITEMENTS
--------------------	-------------

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> SYSTÈME RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Brossage <input type="checkbox"/> B.A.L. Fixateur : alcool 50 % </td> <td style="width: 50%;"> Localisation tumeur <input type="checkbox"/> unique <input type="checkbox"/> multi <input type="checkbox"/> D+G <input type="checkbox"/> Post-Bross. <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Trachée <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> AIG WANG Site : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> SYSTÈME URINAIRE <input type="checkbox"/> Miction spontanée (mi-jet) <input type="checkbox"/> Vessie iliale <input type="checkbox"/> Cathétérisme <input type="checkbox"/> vésical <input type="checkbox"/> Lavage <input type="checkbox"/> urétéral <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> bassinnet Fixateur : alcool 50 % </td> </tr> </table>	SYSTÈME RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Brossage <input type="checkbox"/> B.A.L. Fixateur : alcool 50 %	Localisation tumeur <input type="checkbox"/> unique <input type="checkbox"/> multi <input type="checkbox"/> D+G <input type="checkbox"/> Post-Bross. <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Trachée <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> AIG WANG Site : _____	SYSTÈME URINAIRE <input type="checkbox"/> Miction spontanée (mi-jet) <input type="checkbox"/> Vessie iliale <input type="checkbox"/> Cathétérisme <input type="checkbox"/> vésical <input type="checkbox"/> Lavage <input type="checkbox"/> urétéral <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> bassinnet Fixateur : alcool 50 %		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL <input type="checkbox"/> Bross. œsophage <input type="checkbox"/> Bross. estomac <input type="checkbox"/> Bross. duodénum <input type="checkbox"/> Bross. Voies biliaires Fixateur : frottis dans alcool 95 % </td> <td style="width: 50%;"> DIVERS <input type="checkbox"/> Tzanck test <input type="checkbox"/> Lésion anale <input type="checkbox"/> Autres Fixateur : Alcool 95 % </td> </tr> </table>	SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL <input type="checkbox"/> Bross. œsophage <input type="checkbox"/> Bross. estomac <input type="checkbox"/> Bross. duodénum <input type="checkbox"/> Bross. Voies biliaires Fixateur : frottis dans alcool 95 %	DIVERS <input type="checkbox"/> Tzanck test <input type="checkbox"/> Lésion anale <input type="checkbox"/> Autres Fixateur : Alcool 95 %
SYSTÈME RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Brossage <input type="checkbox"/> B.A.L. Fixateur : alcool 50 %	Localisation tumeur <input type="checkbox"/> unique <input type="checkbox"/> multi <input type="checkbox"/> D+G <input type="checkbox"/> Post-Bross. <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Trachée <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> AIG WANG Site : _____						
SYSTÈME URINAIRE <input type="checkbox"/> Miction spontanée (mi-jet) <input type="checkbox"/> Vessie iliale <input type="checkbox"/> Cathétérisme <input type="checkbox"/> vésical <input type="checkbox"/> Lavage <input type="checkbox"/> urétéral <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> bassinnet Fixateur : alcool 50 %							
SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL <input type="checkbox"/> Bross. œsophage <input type="checkbox"/> Bross. estomac <input type="checkbox"/> Bross. duodénum <input type="checkbox"/> Bross. Voies biliaires Fixateur : frottis dans alcool 95 %	DIVERS <input type="checkbox"/> Tzanck test <input type="checkbox"/> Lésion anale <input type="checkbox"/> Autres Fixateur : Alcool 95 %						
Réservé au laboratoire TOT. FROTTIS ____ Init. tech ____ <input type="checkbox"/> NV/PT <input type="checkbox"/> BLOC-C <input type="checkbox"/> ETAL-D <input type="checkbox"/> C-CENT <input type="checkbox"/> RÉS.							

LIQUIDES BIOLOGIQUES <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Péricardique <input type="checkbox"/> Lavage péritonéal <input type="checkbox"/> Lav. cul-de-sac <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Ventriculaire <input type="checkbox"/> Mamelon <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Contenu de kyste : Site _____ <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Aspiration de liquide : Site _____ Fixateur : alcool 50 %	CYTOPONCTION À L'AIGUILLE FINE <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Glandes salivaires <input type="checkbox"/> Sous-cutanées _____ <input type="checkbox"/> BTT <input type="checkbox"/> Os <input type="checkbox"/> Cérébrale <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Ganglions, site : _____ <input type="checkbox"/> Tissus mous _____ <input type="checkbox"/> Surrénales <input type="checkbox"/> CP tumeur : préciser _____ Fixateur : frottis dans alcool 95 % et spécimen liquide alcool 50 %
--	---

SIGNES ET SYMPTÔMES, DIAGNOSTIC CLINIQUE 	Remarques tech. _____ CT : _____ P : REF _____ Sign. _____
---	---