

**Patient (ou étiquette d'identification)** **Prescripteur**

- Nom de naissance : \_\_\_\_\_
- Nom : \_\_\_\_\_
- Prénom : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Sexe :  Femme  Homme
- Adresse : \_\_\_\_\_
- Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : \_\_\_\_\_
- Téléphone : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

- Date de la demande** : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Nom du médecin : \_\_\_\_\_
  - Prénom : \_\_\_\_\_
  - Etablissement : \_\_\_\_\_
  - Autre(s) destinataire(s) de résultats : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - Facturation :  Patient  Etablissement

**Pour une prise en charge du patient à 100%**

**Joindre le ticket d'impression de carte vitale et toutes attestations** nécessaires à l'identification et au remboursement du patient.  
**OU renseigner les informations ci-dessous**

N° SS : [ ]

Code régime : [ ] [ ] [ ] [ ] N° caisse : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] N° centre : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

CMU  ALD (Merci de joindre l'attestation)  
N° AMC (cf. carte de mutuelle) : \_\_\_\_\_

**Cadre réservé au Cabinet Médical de Pathologie**

**Renseignements cliniques | Prélèvements**

**Antécédent(s), Traitement(s) pré-opératoire(s)**

**Histoire de la maladie**

**Nature et siège des prélèvements**

**URGENT**

Droit  Gauche

- Biopsie(s)
- Exérèse(s)
- Cytoponction(s)

Heure de prélèvement : [ ] [ ] de fixation : [ ] [ ]

Date de réception : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Récpt : [ FA ] [ FV ] [ FN ] [ IP ] [ RA ] [ MC ] [ EP ] [ NP ] [ BA ] [ DV ]

H	f
	s
C	
M	
R	
V	
B	

Les données recueillies dans ce bon de demande d'examen sont enregistrées au sein de notre système informatique de gestion des dossiers «patient». Elles sont nécessaires au traitement et à la traçabilité des demandes d'examen garantissant la continuité de la prise en charge sanitaire et la délivrance des soins appropriés. Ces données peuvent être transmises à des laboratoires sous-traitants pour la réalisation de techniques complémentaires jugées nécessaires par nos médecins pathologistes. En accord avec le Règlement européen sur la protection des données (RGPD), les patients disposent, sous certaines conditions, d'un droit d'opposition, de rectification et de limitation du traitement de ses données. Pour plus d'informations, veuillez nous contacter à l'adresse dpo@cypath.fr