

**DEMANDE D'EXAMEN
ANATOMOPATHOLOGIQUE OU
CYTOLOGIQUE :
Mucosectomie**

Identification du patient :

Urgent: OUI / NON

Date de l'examen endoscopique:

Identifiant médecin prescripteur:

Cachet et signature du prescripteur

Envoi copie: **Médecin traitant:**

.....
.....

Autre:

.....
.....

Renseignements cliniques:

.....
.....
.....

Observations endoscopiques:

**DEMANDE D'EXAMEN
ANATOMOPATHOLOGIQUE OU
CYTOLOGIQUE :
Mucosectomie**

<i>N° prélèvement</i>	<i>Site Prélèvement</i>	<i>Type de lésion</i>	<i>Méthode de prélèvement</i>	<i>En bloc vs pièce meal</i>
1				
2				
3				