



Demande d'analyse **PRELEVEMENTS ENDOSCOPIQUES PULMONAIRES**

IDENTIFICATION PATIENT

(étiquette ou remplir tous les champs)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin
Adresse :
NISS :
Code Mutuelle :

ETIQUETTE DU PATIENT

MEDECIN PRESCRIPTEUR

(cachet + signature)

MEDECIN(S) A INFORMER

PRELEVEMENT(S) (remplir tous les champs)

Date :

Heure :

☐ URGENT

PRELEVEMENTS (Indiquer ici l'identification de tous vos prélèvements – Sous numéro et type)

TYPE DE PRÉLÈVEMENT

☐ Biopsie bronchique ☐ Biopsie transbronchique ☐ Brossage bronchique ☐ Lavage bronco-alvéolaire (LBA)
☐ Ponction à l'aiguille fine ☐ Diamètre de l'aiguille : ☐ Autre :

LOCALISATION PRECISE

..... Nombre de prélèvements :

MODE DE CONSERVATION

☐ Formol ☐ Milieu cytologique ☐ Autre :

CONTEXTE CLINIQUE

Symptômes :
☐ Tabagisme ☐ Immunodépression Traitement en cours :
☐ Autre :

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

☐ Suspicion tumeur primitive pulmonaire
☐ Antécédents carcinologiques ☐ Oui ☐ Non Lesquels :
☐ Suspicion de pathologie inflammatoire / infectieuse ☐ Autre :

EXAMEN DEMANDE

☐ Immunohistochimie (si nécessaire) ☐ Biologie moléculaire / biomarqueurs (selon indication et matériel disponible)

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN :