



Demande d'analyse **BIOPSIES PROTATIQUES CIBLEES**

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

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

- ☐ Adénocarcinome prostatique connu : Oui / Non
☐ Traitement hormonal : Oui / Non
☐ Radiothérapie préalable : Oui / Non

PSA :

Ratio :

TR :

Echo TR :

Cible RMN :

Remarques :

PRELEVEMENTS

Cassette	Prélèvements	Cassette	Prélèvements
01		11	
02		12	
03		13	
04		14	
05		15	
06		16	
07		17	
08		18	
09		19	
10		20	

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN :