



Demande d'analyse **PRELEVEMENTS SENOLOGIQUES**

CYTOLOGIE ET BIOPSIE A L'AIGUILLE FINE

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

MODE DE PRÉLÈVEMENT

☐ Cytologie ☐ Biopsie Tru-Cut ☐ B STX ☐ MX ☐ IRM ☐ US ☐ Diamètre de l'aiguille :
☐ Autre :

LOCALISATION

☐ Sein droit ☐ Sein gauche ☐ Ganglion ☐ N ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 (STAVROS)
☐ Axillaire ☐ Rétro-aréolaire ☐ QSE ☐ QSI ☐ QIE ☐ QII ☐ UQS ☐ UQI ☐ EI ☐ EE
Rayon horaire : Distance mamelon :

LESION

☐ Masse ☐ Désorganisation architecturale ☐ Asymétrie Glandulaire ☐ Micro-calcifications
☐ Non Masse ☐ Autre :

TAILLE DE LA LESION

☐ Mammographie : ☐ Echographie : ☐ IRM :

Bi-RADS

☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

NOMBRE DE BIOPSIES REALISEES

..... ☐ Exérèse complète lésion

Si MICRO-CALCIFICATIONS

✓ Nombre total de carottes avec micro-calcifications : ☐ 1/3 ☐ 2/3 ☐ Pas de résidu
✓ Nombre de micro-calcifications : ☐ > 20 ☐ < 20

CLIP EN PLACE

☐ OUI ☐ NON

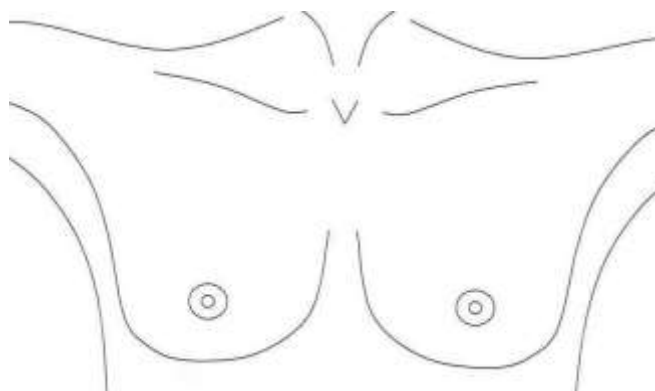
CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN :

Nombre de prélèvements :

IDENTIFICATION DES PRELEVEMENTS ET REMARQUES (antécédents, etc.)

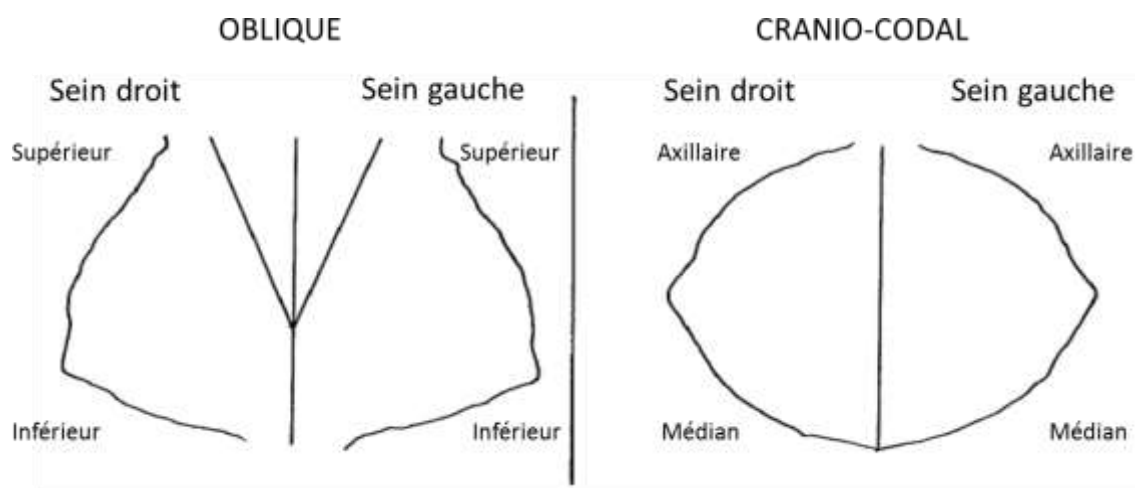
CLINIQUE / ECHOGRAPHIE



DROIT

GAUCHE

MAMMOGRAPHIE



* STAVROS classification :

Normal = N

« + » : Lymph node with a maximum size of cortical thickness of 3 mm with regular capsular thickening.

« ++ » : Lymph node with irregular capsular thickening (with notches) or with regular capsular thickening end cortical thickness greater than 3 mm in size.

« +++ » : Complete loss of lymph node structure : irregular cortex or absence of lymph node hilum.

Normal or « + » Lymph nodes were considered nonsuspicious

« ++ » and « +++ » Lymph nodes were considered suspicious