

## ORDONNANCE – ANATOMOPATHOLOGIE

\* Champs OBLIGATOIRES. Caractères d'imprimerie seulement. Toute requête mal identifiée, illisible ou non signée sera refusée.

PRESCRIPTEUR (Responsable du suivi)	USAGER																													
*NOM de la clinique : _____	*No assurance maladie (RAMQ)	*Expiration AAAA-MM-JJ																												
Adresse : _____	*Nom et prénom (naissance)																													
Ville : _____ Code postal : _____	*Date de naissance AAAA-MM-JJ	*Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																												
*Tél : _____ *Fax : _____	Adresse																													
*NOM, Prénom : _____ *# Pratique : _____	Ville	Code postal																												
<b>Professionnel à informer (copie conforme)</b>																														
*NOM, PRÉNOM : _____	Téléphone	Nom et prénom de la mère																												
*# Pratique : _____																														
<b>*INFORMATION PRÉLEVEUR</b>																														
*NOM, Prénom : _____ #Pratique : _____		<b>Apposer étiquette de laboratoire</b>																												
<b>*RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIC PRÉOPÉRATOIRE :</b>																														
Antécédents de cancer <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lesquels : _____		<b>Entre BMP et HY</b>																												
A reçu un traitement néo-adjuvant pour la pathologie recherchée : _____		Préparé par : _____																												
A reçu un traitement chimio ou radio <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Pour quel cancer : _____		Envoyé par : _____																												
*INTERVENTION : <span style="color: red;">Congélation</span> <input type="checkbox"/> Rapport provisoire Téléphone au : _____		Reçu par : _____																												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Non</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 60%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Biopsie</b></td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Suspicion, métastases ou récurrence d'un cancer</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Maladie avec état critique</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="border-top: 1px dashed black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>PRIORISER</b></td> <td style="text-align: center;">Non</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Chirurgie</b></td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Patient recevra un traitement de chimio ou radio dans un délai d'un mois</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Patient recevra un traitement de chimio ou radio dans un délai de 2 mois</td> </tr> </table>			Non	<input type="checkbox"/>		<b>Biopsie</b>	Oui	<input type="checkbox"/>	Suspicion, métastases ou récurrence d'un cancer			<input type="checkbox"/>	Maladie avec état critique					<b>PRIORISER</b>	Non	<input type="checkbox"/>		<b>Chirurgie</b>	Oui	<input type="checkbox"/>	Patient recevra un traitement de chimio ou radio dans un délai d'un mois			<input type="checkbox"/>	Patient recevra un traitement de chimio ou radio dans un délai de 2 mois	<p>Pour spécimen de congélation ou état frais</p> <p><b>PRÉVENTION DES INFECTIONS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aucune précaution additionnelle</li> <li><input type="checkbox"/> Gouttelettes (contaminants)</li> <li><input type="checkbox"/> Aérosols</li> </ul>
	Non	<input type="checkbox"/>																												
<b>Biopsie</b>	Oui	<input type="checkbox"/>	Suspicion, métastases ou récurrence d'un cancer																											
		<input type="checkbox"/>	Maladie avec état critique																											
<b>PRIORISER</b>	Non	<input type="checkbox"/>																												
<b>Chirurgie</b>	Oui	<input type="checkbox"/>	Patient recevra un traitement de chimio ou radio dans un délai d'un mois																											
		<input type="checkbox"/>	Patient recevra un traitement de chimio ou radio dans un délai de 2 mois																											
<b>*NATURE ET SITE DU PRÉLÈVEMENT (TOPOGRAPHIE, LATÉRALITÉ) :</b>																														
*Date et heure de prélèvement : _____ Heure de fixation au formol : _____																														
Année	Mois	Jour																												
		Heure																												
<b>Un formulaire / un spécimen conforme doit inclure :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nom et prénom du patient / Nom et prénom du patient</li> <li>▪ RAMQ obligatoire, # dossier / RAMQ obligatoire, # dossier</li> <li>▪ Date et heure du prélèvement / Date et heure du prélèvement</li> <li>▪ Nature et site du/des prélèvement(s) / Nature et site du/des prélèvement(s)</li> <li>▪ En lettres moulées : nom et prénom du Md requérant, adresse de retour des résultats</li> <li>▪ Signature du Md requérant / Initiales du préleveur</li> <li>▪ Renseignements pertinents</li> </ul>		<b>TOUTE DEMANDE ILLISIBLE OU INCOMPLÈTE SERA RETOURNÉE AU MÉDECIN REQUÉRANT</b>																												
*Date de l'ordonnance	*Signature médecin requérant	*No. pratique obligatoire																												

# pot	PARTIE ANATOMIQUE	Biopsie	Polype
	ILEON TERMINAL		
	VALVE ILÉO-CAECALE		
	CAECUM		
	CÔLON ASCENDANT PROXIMAL		
	CÔLON ASCENDANT DISTAL		
	ANGLE HÉPATIQUE		
	CÔLON TRANSVERSE PROXIMAL		
	CÔLON TRANSVERSE DISTAL		
	ANGLE SPLÉNIQUE		
	CÔLON DESCENDANT PROXIMAL		
	CÔLON DESCENDANT DISTAL		
	SIGMOIDE		
	RECTOSIGMOIDE		
	RECTUM		
	DUODÉNUM		
	ANTRE		
	CARDIA		
	CORPS		
	FUNDUS		
	JONCTION GASTRO-OESOPHAGIENNE		
	ŒSOPHAGE DISTAL		
	ŒSOPHAGE MOYEN		
	ŒSOPHAGE PROXIMAL		
	Bx PROSTATE LOBE GAUCHE BASE		
	Bx PROSTATE LOBE GAUCHE MID		
	Bx PROSTATE LOBE GAUCHE APEX		
	Bx PROSTATE LOBE DROIT BASE		
	Bx PROSTATE LOBE DROIT MID		
	Bx PROSTATE LOBE DROIT APEX		