

(\* Mentions légales obligatoires)

Identification du patient (\*)

UF (\*)

Libelle Service

Etablissement

Prescripteur (Nom ET prénom) (\*) - Tel :

Préleveur (Nom et prénom) (\*)

Copie à (consultant extérieur CHU uniquement)

No IPP

Nom usage(\*)

Nom naissance (\*)  étiquette patient

Prénom (\*)

Date naissance (\*)

Sexe (\*) F  M

No séjour patient

zone réservée à la biologie

Zone à faire apparaître de la poche kangourou du sachet

Date de prélèvement (\*)  /  /  Heure de prélèvement (\*)  h  Urgent

Renseignements cliniques :

<p><b>CYTOLOGIE BRONCHIQUE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aspiration</p> <p><input type="checkbox"/> Brossage</p> <p><input type="checkbox"/> Expectoration</p> <p><input type="checkbox"/> Sécrétions nasales</p>	<p><b>LIQUIDE BRONCHO-ALVEOLAIRE</b></p> <p>Tabagisme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche de pneumopathie médicamenteuse <input type="checkbox"/> Etude minéralogique</p> <p>Lieu de prélèvement <input type="text"/></p> <p>Quantité injectée : <input type="text"/></p> <p>Quantité recueillie : <input type="text"/></p>	<p><b>CYTOLOGIE URINAIRE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cytologie</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche origine des hématies</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche d'éosinophilurie</p> <p><input type="checkbox"/> Cristallurie</p> <p><input type="checkbox"/> Autres examens (à préciser) : <input type="text"/></p>
---	---	--

<p><b>CYTOPONCTION D'ORGANE</b></p> <p>Opérateur <input type="text"/></p> <p>Organe : <input type="text"/></p> <p>Taille des lésions ponctionnées : <input type="text"/></p> <p>Localisation de la ponction : <input type="text"/></p> <p>Aspect échographique : <input type="text"/></p> <p>Nombre de lésions : <input type="text"/></p> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <tr> <td>Nombre de lames</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Flacon(s) de cytolyt</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Nombre de lames	<input type="text"/>	Flacon(s) de cytolyt	<input type="text"/>	<p><b>CYTOLOGIE VAGINALE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cul de sac</p> <p><input type="checkbox"/> Exocol</p> <p><input type="checkbox"/> Endocol</p> <p><input type="checkbox"/> Endomètre</p> <p><input type="checkbox"/> Vulve</p> <p><input type="checkbox"/> Date des dernières règles <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> BROSSAGE ANAL</p>	<p><b>LIQUIDE D'EPANCHEMENT</b></p> <p><input type="checkbox"/> LCR (recherche de cellules malignes)</p> <p><input type="checkbox"/> Liquide pleural</p> <p><input type="checkbox"/> Liquide péritonéal</p> <p><input type="checkbox"/> Liquide de dialyse</p> <p><input type="checkbox"/> Liquide péricardique</p> <p><input type="checkbox"/> Liquide articulaire</p> <p><input type="checkbox"/> Autres examens (à préciser) : <input type="text"/></p>
Nombre de lames	<input type="text"/>					
Flacon(s) de cytolyt	<input type="text"/>					

# HISTOLOGIE RENALE - 04 77 82 80 57

N'oubliez pas de remplir les mentions légales obligatoires (au recto)

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Protéinurie :  g/24h

Créatinine sérique :   $\mu\text{mol/L}$

Syndrome néphrotique :  Oui  Non

Hématurie microscopique  Oui  Non

Hématurie macroscopique  Oui  Non

HTA :  Oui  Non

Diabète :  Oui  Non

Autres (traitement en cours, diagnostic...)

Date de transplantation :  /  /

## EXAMENS D'HISTOLOGIE RENALE

### Lecture de biopsie rénale

Microscopie optique (MO)

Immunofluorescence (IF)

Microscopie électronique (ME)

**Laboratoire de Biologie Pathologie - Service de Cytopathologie et Histologie rénale**

**Pr Michèle COTTIER JOUFFRE**

**Dr Delphine BOUDARD (Cytopathologie)**

**Dr Ingrid MASSON (Histologie rénale) : 04 77 12 79 07**

Secrétariat (service normal) : 04 77 82 83 06

**Horaires d'ouverture du service : du lundi au vendredi de 8h30 à 16h10**