



\*HEJ\*



\*DT1060\*

**ANATOMOPATHOLOGIE  
DEMANDE D'EXAMEN**

**S.V.P. compléter les zones ombragées**

Date du prélèvement :

À l'usage du laboratoire

Examen extemporané     Examen urgent     Examen de routine

Nature et siège du prélèvement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Renseignements cliniques : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**À L'USAGE DU LABORATOIRE**

Réserve     Os et tissu mou     Os seulement

Notes :

Total des cassettes : \_\_\_\_\_ Total des fragments : \_\_\_\_\_