

C	O	D	E	B	A	R	R	E
N° DOSSIER				IPP				
NOM								
Prénom								
NOM jeune fille								
Né le				sexe				

Date du prélèvement : ..... Heure : .....

Prescripteur (en toutes lettres) : .....

Préleveur (en toutes lettres) : .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

### TYPE DE PRÉLÈVEMENT

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> APPPOSITION DE MICROBIOPSIE   | <input type="checkbox"/> ÉCOULEMENT MAMELONNAIRE        | <input type="checkbox"/> FROTTIS CERVICO-VAGINAL |
| <input type="checkbox"/> LAVAGE BRONCHIOALVÉOLAIRE     | <input type="checkbox"/> LAVAGE PÉRITONÉAL              | <input type="checkbox"/> LIQUIDE D'ASCITE        |
| <input type="checkbox"/> LIQUIDE PLEURAL               | <input type="checkbox"/> PONCTION DE KYSTE MAMMAIRE     | <input type="checkbox"/> PONCTION D'ORGANES      |
| <input type="checkbox"/> PONCTION SOUS ÉCHO-ENDOSCOPIE | <input type="checkbox"/> AUTRES : <i>précisez</i> ..... |  |

NOMBRE DE TUBES REÇUS : .....

Quantité de liquide : ..... ml Aspect du liquide : .....

Comptage cellule Malassez : ..... cel/mm<sup>3</sup>  NON

Nombre d'éléments nucléés ..... par ml

Culot de centrifugation réalisé  PRÉSENT  ABSENT  NON RÉALISÉ

NOMBRE DE LAMES RECUES : .....

### COMPTE RENDU