

## Fiche complétée à joindre impérativement au prélèvement

### MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Mail du médecin : .....

Nom du médecin : .....

Service : .....

Adresse : .....

.....

CP : ( ) Ville : .....

### PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

Sexe :  F  M

Date de prélèvement : ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

### MOTIVATION DE LA DEMANDE

FEMME MÉNOPAUSÉE :  OUI  NON

Si non, date des dernières règles : ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

Informations complémentaires : .....

CONTEXTE TUMORAL :  OUI  NON

D'autres marqueurs tumoraux ont-ils déjà été dosés ?  OUI  NON

Si oui, lesquels et quels sont les résultats du dosage : .....

Informations complémentaires : .....

RENSEIGNEMENTS ÉCHOGRAPHIQUES : .....

.....  
.....  
.....