

**COMPTE RENDU D'EXAMEN
ANATOMO-PATHOLOGIQUE**



DT9066

Nom du médecin _____ N° de permis _____

Date de la demande _____
Année Mois Jour

Diagnostic pré-opératoire

Diagnostic post-opératoire

N° du laboratoire

Pièces prélevées

Renseignements cliniques et constatations per-opératoires :

COMPTE RENDU

Anatomopathologiste qui a réalisé l'examen

Nom (en caractère d'imprimerie)

No de permis

Signature

Date

Année Mois Jour

Pointer s'il y a suite sur une 2^e formule

**COMPTE RENDU D'EXAMEN
ANATOMO-PATHOLOGIQUE**



DT9066

Nom du médecin _____ N° de permis _____

Date de la demande _____
Année Mois Jour

Diagnostic pré-opératoire

Diagnostic post-opératoire

N° du laboratoire

Pièces prélevées

Renseignements cliniques et constatations per-opératoires :

COMPTE RENDU

Anatomopathologiste qui a réalisé l'examen

Nom (en caractère d'imprimerie)

No de permis

Signature

Date

Année Mois Jour

Pointer s'il y a suite sur une 2^e formule

**COMPTE RENDU D'EXAMEN
ANATOMO-PATHOLOGIQUE**



DT9066

Nom du médecin _____ N° de permis _____

Date de la demande _____
Année Mois Jour

Diagnostic pré-opératoire

Diagnostic post-opératoire

N° du laboratoire

Pièces prélevées

Renseignements cliniques et constatations per-opératoires :

COMPTE RENDU

Anatomopathologiste qui a réalisé l'examen

Date

Nom (en caractère d'imprimerie)	No de permis	Signature	Année	Mois	Jour
---------------------------------	--------------	-----------	-------	------	------

Pointer s'il y a suite sur une 2^e formule

**COMPTE RENDU D'EXAMEN
ANATOMO-PATHOLOGIQUE**



DT9066

Nom du médecin _____ N° de permis _____

Date de la demande _____
Année Mois Jour

Diagnostic pré-opératoire

.....

Diagnostic post-opératoire

.....

Pièces prélevées

Renseignements cliniques et constatations per-opératoires :

.....

N° du laboratoire

COMPTE RENDU

Anatomopathologiste qui a réalisé l'examen

Nom (en caractère d'imprimerie)

No de permis

Signature

Date

Année Mois Jour

Pointer s'il y a suite sur une 2^e formule

**COMPTE RENDU D'EXAMEN
ANATOMO-PATHOLOGIQUE**



DT9066

Nom du médecin _____ N° de permis _____

Date de la demande _____
Année Mois Jour

Diagnostic pré-opératoire

Diagnostic post-opératoire

N° du laboratoire

Pièces prélevées

Renseignements cliniques et constatations per-opératoires :

ÉCHANTILLON PATHOLOGIQUE