

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AVIS DIAGNOSTIQUE  
A PARTIR DE PRELEVEMENTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES**

<p align="center"><b>Demande formulée PAR :</b></p> <p>- Centre :</p> <p>- Dr :</p> <p>- Coordonnées postales :</p> <p>- Tél/Fax :</p> <p>- E-mail :</p>	<p align="center"><b>Demande adressée A :</b></p> <p>- Centre :</p> <p>- Dr :</p> <p>- Coordonnées postales :</p>
--	---

**DOSSIER DU PATIENT :**

- Identité :

- Date de naissance :

- Référence et date du prélèvement :

- Nature du prélèvement :

- Matériel communiqué (blocs, lames colorées, lames blanches, IHC, ...) :

- Diagnostic(s) proposé(s) :

*Joindre un courrier ou un compte-rendu provisoire de l'analyse*

**Motif de la demande :**

- Nécessité de second avis
- Demande émanant du patient / du médecin prescripteur
- Réalisation de technique(s) complémentaire(s) (préciser) :
- Autre (préciser) :

**Conclusions & Restitution du matériel :**

- Le médecin sollicité s'engage à transmettre les conclusions de son examen et à restituer le matériel qui lui a été confié s'il s'agit de bloc(s) d'inclusion ou de lames de cytologie

**Information & Facturation :**

- Le médecin prescripteur a été informé de la demande d'avis
- Le patient a été informé de la demande d'avis
- Le patient et le médecin prescripteur ont été informés que cette demande d'avis peut être soumise à une facturation que les organismes d'Assurance-Maladie n'ont pas prévu de prendre en charge

**Coordonnées pour l'envoi de la facturation :**

Identité du patient: .....

Coordonnées de la structure d'envoi : .....

.....Code postal : ..... Ville : .....

**Date et Signature (avec cachet) :**