



INSTITUT DE PATHOLOGIE
Professeur E. LETEURTRE
Centre de Biologie - Pathologie
Avenue Oscar Lambret - 59037 LILLE CEDEX
Tél. Secrétariat : 03.20.44.49.85 Fax : 03.20.44.47.27
Tél. Réception : 33038 Fax : 03.20.44.64.21

Identification du patient:

Nom :	Hôpital :
Ep :	UF :
Prénom :	Service :
Date de naissance :	Noter l'UF exécutante/prestataire (bloc) :
Sexe:	Réf. dossier hospitalier :
Hébergé(e) en :	Prélevé le :

Médecin prescripteur :

Téléphone :

Autre(s) correspondant (s):

Information / non opposition du patient : oui non
(cochez oui lorsque le patient est informé et ne s'oppose pas à l'utilisation de ses tissus pour la recherche)

Nature du prélèvement : **LIQUIDE CEPHALO RACHIDIEN CYTOLOGIE (ANA-PATH)**

Localisation(s):
(à reporter également sur chaque pot)

Nombre de pots (obligatoire):

Préciser **impérativement** le type de prélèvement pour chaque pot :

Antécédents:

Renseignements cliniques obligatoires :