SERVICE DE PATHOLOGIE - SITE PELLEGRIN
Du Professeur Anne VITAL
Groupe Hospitalier Pellegrin – CHU Bordeaux
Secrétariat Tél.: 05.56.79.59.04. – 05.56.79.55.89. Fax : 05.56.79.60.88. - Réception échantillons Tél.: 15000

Etiquette du malade
NOM :
Prénom :
Date de Naissance :

QUESTIONNAIRE AVANT PBF

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR
A transmettre au préleveur ***(si différent)***
Joindre un bon jaune ☒ Anapath Pellegrin

Tampon du service / UG
Date du Prélèvement
Heure du prélèvement

FIXATION Formol 10 % (de préférence) ☐ Autre ☐

ETAT FRAIS POUR CONGELATION OUI* ☐ NON ☐ *compresse imbibée de sérum phy, transport immédiat par coursier
de préférence, pour lymphome, sarcome, pédiatrie

VOIE TRANSJUGULAIRE OUI ☐ NON ☐

SI GREFFE, URGENCE OUI* ☐ NON ☐ *téléphoner, mettre ds formol, réception labo avant 11h

BIOPSIE DE TUMEUR HEPATIQUE : OUI ☐ NON ☐

DONNEES D'IMAGERIE PERTINENTES :

PRESSIONS VEINEUSES (si transjugulaire)
HISTOIRE CLINIQUE, ATCD NOTABLES :

Poids :
Taille :
Diabète : ☐
Greffe Hépatique : ☐
Date greffe :
Indication greffe :

ALCOOL (g/j) :

BIOLOGIE (foie non tumoral):

Cytolyse	☐	ALAT :	ASAT :	
Cholestase	☐	Bilirubine (totale/conjuguée) :	GGT :	PA :
Insuffisance HC	☐	Si possible TP :	Facteur V :	

DIAGNOSTIC EVOQUE :

STATUT VIRAL

B :
C :
HIV :

ADN :
ARN
△ :

STATUT IMMUNITAIRE

Ac anti ny :
Ac anti ML :
Ac anti M :
Ac anti LKM :

PRISES MEDICAMENTEUSES EN COURS :

IMPERATIF : CONTACTS, ET RESULTATS A :

Médecin Prescripteur : **Tel :**

Médecin Préleveur : **Tel :**