



**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 :**