



INSTRUCTIONS SPECIFIQUES AU DEPARTEMENT DE PATHOLOGIE

| PRELEVEMENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CONTENANT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PRESCRIPTION                                     | FAIT EN URGENCE                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <p><b>Prélèvements liquidiens et étalements cellulaires pour examen cytopathologique</b></p> <p><b>⚠ : POUR TOUS LES LIQUIDES, NE PAS UTILISER DE TUBE VACUTAINER A BOUCHON ROUGE ou JAUNE/ORANGE contenant du CAT : activateur de coagulation à base de particules de silice empêchant l'analyse des cellules</b></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |                                                 |
| Liquide pleural, péricardique, péritonéal (ascite) et liquide intrakystique                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Tube citraté, bouchon bleu ciel (anneau noir ou jaune)</p>                                                                                                                                                                                                                                    | Feuille de demande d'examen cytopathologique CYP | OUI si mention URGENT sur la feuille de demande |
| Liquide articulaire                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>Tube héparinate de <b>sodium</b> (6ml), bouchon vert</p>  <p><b>⚠ : à ne pas confondre avec Héparinate de Lithium</b></p> <p>à défaut :<br/>tube citrate de sodium seulement si acheminement &lt;2h</p>  | Feuille de demande d'examen cytopathologique CYP | OUI si mention URGENT sur la feuille de demande |
| Liquide céphalo-rachidien<br>Bile                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Tube sec <b>sans</b> additif : type plastique 5ml à hémolyse ou Falcon® ou tube de purge</p>                                                                                                                                                                                                | Feuille de demande d'examen cytopathologique CYP | OUI si mention URGENT sur la feuille de demande |



| PRELEVEMENT                     | CONTENANT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PRESCRIPTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | FAIT EN URGENCE                                            |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Lavage Broncho Alvéolaire (LBA) | <p>Tube de 50 ml à fond conique en polypropylène, bouchon orange ou bleu (type Falcon)</p>                                                                                                                                                 | <p>Formulaire spécifique pour lavage broncho-alvéolaire (LBA) disponible dans le Manuel de Prélèvements ou Feuille de demande d'examen cytopathologique CYP avec les renseignements indispensables indiqués sur la fiche analyse LBA (identification des flacons de lavage, renseignements cliniques (ID), volumes injecté/recueilli...)</p> | <p>OUI<br/>si mention URGENT sur la feuille de demande</p> |
| Aspiration bronchique           | <p>Tube polypropylène 15 ou 50 mL /Falcon 15 mL ou 50 mL</p>                                                                                                                                                                              | <p>Feuille de demande d'examen cytopathologique CYP ou Compte-rendu d'endoscopie bronchique</p>                                                                                                                                                                                                                                              | <p>NON*</p>                                                |
| Cytoponction d'organes profonds | <p>Flacon pré rempli de formol, bouchon simple</p>  <p>ou sans avec dispositif de sécurité à bien enclencher après y avoir déposé le prélèvement</p>  | <p>Feuille de demande d'examen cytopathologique CYP</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>NON*</p>                                                |
| Brossage biliaire               | <p>Tube de 10 ml bouchon rouge à fond conique <b>avec tampon albuminé à se procurer dans l'unité de cytologie du Département de Pathologie (à conserver à &lt;-18°C)</b></p>                                                                                                                                                | <p>Feuille de demande d'examen cytopathologique CYP</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>NON*</p>                                                |
| Cyodiagnostic de Tzanck         | <p>Etalement sur lame (transport dans une boîte de lames ou un flacon)</p>                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>Feuille de demande d'examen cytopathologique CYP</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>OUI<br/>si mention URGENT sur la feuille de demande</p> |



| PRELEVEMENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CONTENANT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PRESCRIPTION                                           | FAIT EN URGENCE                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cytologie thyroïdienne                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Etalement sur lame (transport dans une boîte de lames ou un flacon)<br>Ou liquide de ponction dans un flacon/pot sec                                                                                                                                                                                                            | Feuille de demande d'examen cytopathologique CYP       | NON*                                                                                               |
| Cytologie mammaire (ponction/écoulement)                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                                                                                    |
| * : possible exceptionnellement après avis du cytopathologiste pour faisabilité et accord                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                                                                                    |
| Prélèvements tissulaires pour examen histopathologique                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                                                                                    |
| Biopsies sous endoscopies, biopsies hépatiques, mammaires, des glandes salivaires, du myocarde (hors recherche d'amylose cf. ci-après)<br><br>Biopsies de peau<br><br>Biopsies de rein chez patients transplantés ou pour recherche de glomérulopathie<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Biopsies ostéo-médullaires | Flacon pré rempli de formol, bouchon simple<br><br><br><br>ou sans avec dispositif de sécurité à bien enclencher après y avoir déposé le prélèvement<br><br> | Feuille de demande d'examen d'Anatomie Pathologique AP | OUI<br>si mention URGENT sur la feuille de prescription<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>NON |
| Biopsies de glandes salivaires accessoires et biopsies myocardique pour recherche d'amylose                                                                                                                                                                                                                              | Deux biopsies : <ul style="list-style-type: none"><li>une en flacon pré rempli de formol</li><li>l'autre à l'état frais en compresse imbibée de sérum physiologique, avec acheminement urgent* ou en liquide de Michel avec acheminement &lt;3jours</li></ul>                                                                   | Feuille de demande d'examen d'Anatomie Pathologique AP | NON                                                                                                |
| Biopsies réalisées au bloc opératoire, résections et pièces opératoires                                                                                                                                                                                                                                                  | Pots à prélèvements non stériles<br><br>                                                                                                                                                                                                     | Feuille de demande d'examen d'Anatomie Pathologique AP | OUI<br>si mention <b>EXTEMPORANE</b> ou URGENT sur feuille de prescription                         |



| PRELEVEMENT                                                                                                                                                                        | CONTENANT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PRESCRIPTION                                                                                                                        | FAIT EN URGENCE                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Biopsie pour examen extemporané                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pièce opératoire : à l'état frais dans un pot non stérile</li> <li>• Biopsie : sur compresse imbibée de sérum physiologique avec acheminement immédiat**</li> <li>• Biopsie de greffon à transplanter : en compresse imbibée de sérum physiologique <i>si acheminement immédiat ; en cas d'impossibilité</i> flacon non stérile avec solution de conservation type Celsior</li> </ul> | Feuille de demande d'examen d'Anatomie Pathologique AP                                                                              | OUI<br>si mention <b>EXTEMPORANE</b> ou URGENT sur feuille de prescription |
| Biopsie cutanée pour examen d'immunofluorescence                                                                                                                                   | <p>Congélation (en azote ou flashFREEZE)</p> <p>Ou à l'état frais en compresse imbibée de sérum physiologique avec acheminement urgent**</p> <p>Ou en liquide de Michel avec acheminement &lt;3jours</p>                                                                                                                                    | Feuille de demande d'examen d'Anatomie Pathologique AP                                                                              | NON                                                                        |
| Biopsie de rein pour examen d'immunofluorescence                                                                                                                                   | Enrobage en OCT dans un flacon non stérile<br>ou en compresse imbibée de sérum physiologique avec acheminement urgent*                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Feuille de demande d'examen d'Anatomie Pathologique AP                                                                              | NON                                                                        |
| Biopsie pour congélation à visée sanitaire (suspicion de lymphome, sarcome, GIST,...)                                                                                              | Compresse imbibée de sérum physiologique (ou pot sec humidifié si très fragmenté), acheminement urgent*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Feuille de demande d'examen d'Anatomie Pathologique AP                                                                              | OUI                                                                        |
| Biopsie musculaire et/ou nerveuse<br><br>(réalisée de préférence sur place : RDV au 01 49 81 27 32 ou <a href="mailto:biopsie.nerfmuscle@aphp.fr">biopsie.nerfmuscle@aphp.fr</a> ) | <p>En compresse imbibée de sérum physiologique (mais essorée, le prélèvement ne doit pas être immergé dans quelque liquide que ce soit) avec acheminement immédiat***</p> <p>Si le prélèvement est réalisé dans un autre centre placer la compresse avec les prélèvements dans un pot à</p>                                                                                                                                    | Feuille de demande d'examen d'Anatomie Pathologique AP<br>+ lettre d'information du prescription avec résumé de l'histoire clinique | OUI<br>avec accord préalable                                               |



| PRELEVEMENT                               | CONTENANT                                                                                                     | PRESCRIPTION                                                                                                                                                                         | FAIT EN URGENCE |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                           | prélèvement fermé (bouchon blanc)<br>placé lui même dans un récipient<br>avec de la glace ( température 4°C)  | Sur rendez-vous :<br><a href="mailto:biopsie.nerfmuscle@aphp.fr">biopsie.nerfmuscle@aphp.fr</a> ;<br>fax : 01 49 81 27 33<br><br>En cas d'urgence prévenir<br>le laboratoire         |                 |
| Biologie moléculaire                      | Préférentiellement : copeaux de<br>paraffine<br>A défaut : bloc de paraffine / lames<br>blanches communiquées | Formulaire de demande<br>spécifique disponible dans<br>le Manuel de prélèvements                                                                                                     | NON             |
| Demande d'avis diagnostique<br>/Expertise | Bloc(s) de paraffine /Lame(s)<br>techniquée(s) communiquée(s)                                                 | Bon de demande de<br>second avis en ACP de AP-<br>HP avec <u>la fiche</u><br>DIAGINTER,<br>Lettre avec l'ensemble des<br>renseignements cliniques<br>et paracliniques<br>disponibles | NON             |

**\*\*Acheminement immédiat / urgent** : <10 min pour les examens extemporanés, <20min pour tout  
prélèvement à congeler et <2h pour les cas extérieurs et toujours avant 17h

**\*\*\*Acheminement des biopsies musculaires** : <2h pour les cas extérieurs et toujours avant 14h