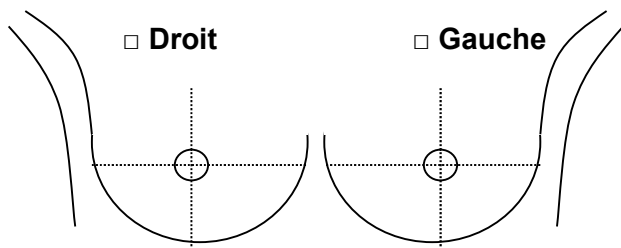


FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSE DE CYTOLOGIE MAMMAIRE

<p><u>Identification patient (étiquette, vignette, plaquette)</u></p> <p>Nos références:</p>	<p><u>Cachet et signature du Médecin préleveur:</u></p> <p>DATE EXAMEN: _____ HEURE : _____</p> <p>Copies au(x) Docteur (s): _____</p>
<p><u>Antécédents médicaux</u></p> <p>Aucun <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/> / Oui (précisez):</p> <p>.....</p> <p>Traitement en cours / médicaments: Patiente enceinte <input type="checkbox"/></p> <p>N° AP Antérieur:</p>	
<p><u>Latéralisation et site de(s) la lésion(s)</u></p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche </div> 	
<p><u>Examen clinique sénologique</u></p> <p>Mamelon présence d'une lésion ou d'un écoulement <input type="checkbox"/> Peau rétraction <input type="checkbox"/> - ulcération <input type="checkbox"/> - érythème <input type="checkbox"/></p> <p>Palpation: lésion palpable <input type="checkbox"/> / palpation douteuse <input type="checkbox"/> / lésion non palpable <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/> Taille (maximum, en cm) :</p> <p>Diagnostic: Bénin <input type="checkbox"/> / Bénin probable <input type="checkbox"/> / Malin probable <input type="checkbox"/> / Malin <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/> Ganglions lymphatiques: N0 <input type="checkbox"/> / N1 <input type="checkbox"/> / NX <input type="checkbox"/></p>	
<p><u>Imagerie médicale</u></p> <p>Lésion présente <input type="checkbox"/> / présence douteuse <input type="checkbox"/> / absente <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/> Taille (maximum, en cm) :</p> <p>Type de lésion: masse solide - tumeur <input type="checkbox"/> / kyste <input type="checkbox"/> / calcifications <input type="checkbox"/> / anomalie de trame <input type="checkbox"/> / autre* <input type="checkbox"/></p> <p>Catégories diagnostiques: ACR 1 <input type="checkbox"/> / ACR 2 <input type="checkbox"/> / ACR 3 <input type="checkbox"/> / ACR 4 <input type="checkbox"/> / ACR 5 <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>Discordance entre méthodes :</p> <p>.....</p>	
<p><u>Procédure de prélèvement</u></p> <p>Type de prélèvement: ponction lésion solide <input type="checkbox"/> / ponction liquide kystique <input type="checkbox"/> / écoulement mamelon <input type="checkbox"/> / frottis cutané ou mamelon <input type="checkbox"/> / autre* <input type="checkbox"/></p> <p>Localisation : palpation <input type="checkbox"/> / stéréotaxie X-ray <input type="checkbox"/> / échographique <input type="checkbox"/> / autre* <input type="checkbox"/></p> <p>Adéquation : aiguille dans la lésion <input type="checkbox"/> / douteuse <input type="checkbox"/> / aiguille en dehors de la lésion <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/></p>	
<p><u>(*) Commentaires :</u></p> 	

Tous nos formulaires de demandes d'analyses ainsi que notre manuel de prélèvement d'échantillons primaires sont téléchargeables sur notre site web www.cmplab.be. Veuillez en prendre connaissance.