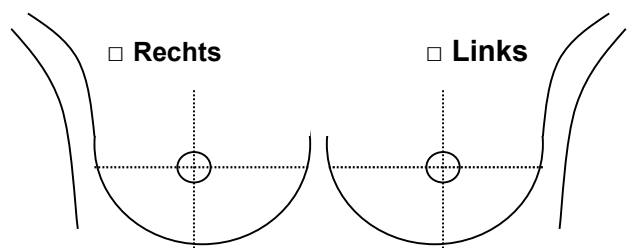


DOKUMENT 2 – AANVRAAGFORMULIER VOOR NAALDBIOPSIE (CNB) VAN DE BORST

<p><u>Identificatie van de patient (naam en voornaam, geboortedatum, geslacht, bij voorkeur ook adres- en mutualiteitsgegevens)</u></p> <p>Onze referenties :</p>	<p><u>Identificatie van de aanvragende arts (naam en voornaam, RIZIV-nummer, handtekening)</u></p> <p>Datum en uur staalafname :</p> <p>Kopie(ën) aan arts(en) :</p>
<p>Medische voorgeschiedenis</p> <p>Geen <input type="checkbox"/> / Ongekend <input type="checkbox"/> / Gekend (geef uitleg):.....</p> <p>Behandeling/medicatie:..... Patiente zwanger <input type="checkbox"/></p> <p>Referenties van voorafgaande AP onderzoeken:</p>	
<p>OPGELET! GEBRUIK DE AANGEPASTE STAALPOT Tijdstip van fixatie: uur minuten</p> <p>AANVRAAG TOT FARMOCODIAGNOSTISCHE MERKERS : <input type="checkbox"/> RO / <input type="checkbox"/> RP / <input type="checkbox"/> c-erbB-2 / <input type="checkbox"/> FISH / SISH (in het kader van een programma van erkende oncologische zorgen)</p>	
<p><u>Anatomische lokalisatie van het/de letsels(s) (indien bilateraal, 2 aanvragen)</u></p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div>	
<p><u>Klinisch borstonderzoek</u></p> <p>Tepel: letsel of vochtverlies <input type="checkbox"/> Huid: retractie <input type="checkbox"/> / ulceratie <input type="checkbox"/> / erytheem <input type="checkbox"/></p> <p>Palpatie: palpeerbaar letsel <input type="checkbox"/> / twijfelachtig <input type="checkbox"/> / niet palpeerbaar <input type="checkbox"/> / ongekend <input type="checkbox"/> Afmetingen van het letsel (maximaal, in cm):.....</p> <p>Diagnose: goedaardig <input type="checkbox"/> / waarschijnlijk GA <input type="checkbox"/> / waarschijnlijk KA <input type="checkbox"/> / kwaadaardig <input type="checkbox"/> / ongekend <input type="checkbox"/></p> <p>Lymfeklieren : N0 <input type="checkbox"/> / N1 <input type="checkbox"/> / NX <input type="checkbox"/></p>	
<p><u>Medische beeldvorming</u></p> <p>Letssel: aanwezig <input type="checkbox"/> / twijfelachtig <input type="checkbox"/> / afwezig <input type="checkbox"/> / ongekend <input type="checkbox"/> Afmetingen (maximaal, in cm):.....</p> <p>Aard van letssel: solide massa of tumor <input type="checkbox"/> / cyste <input type="checkbox"/> / calcificaties <input type="checkbox"/> / verstoorde architectuur <input type="checkbox"/> / andere* <input type="checkbox"/></p> <p>Radiologische indeling 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"/> / ongekend <input type="checkbox"/></p> <p>Discordantie tussen verschillende onderzoeken:</p>	
<p><u>Procedure van het staal</u></p> <p>Type van naald: Manuele tru-cut <input type="checkbox"/> / Automatisch pistool <input type="checkbox"/> / Mammotoom-Vacora <input type="checkbox"/> / andere* <input type="checkbox"/> Diameter van naald (gauge):.....</p> <p>Lokalisatie: palpatie <input type="checkbox"/> / stereotaxie RX <input type="checkbox"/> / echografisch <input type="checkbox"/> / andere* <input type="checkbox"/></p> <p>Adequaatheid: naald in het letsel <input type="checkbox"/> / twijfelachtig <input type="checkbox"/> / naald naast het letsel <input type="checkbox"/> / ongekend <input type="checkbox"/></p> <p>Calcificaties in controle RX van het biopsiemateriaal: aanwezig <input type="checkbox"/> / twijfelachtig <input type="checkbox"/> / afwezig <input type="checkbox"/> / niet verricht <input type="checkbox"/></p> <p>Aantal cilinders met calcificaties/ totaal aantal:/..... . Letssel volledig verwijderd: ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/></p>	
<p>(*) Commentaar:</p>	

(i)Aanvraagformulieren alsook de handleiding van prelevementen staan ter beschikking op onze website www.cmplab.be. U kan deze raadplegen en downloaden.