

Demande d'analyse histologique et cytologique

<p>Identification du patient :</p> <p>Nom et prénom:</p> <p>Date de naissance: / / Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Rue:</p> <p>Code postal: Commune:</p> <p>Données de mutuelle (vignette ou remplir en majuscules)</p> <p>Mutualité:</p> <p>Code titulaire : CT1: CT2:</p> <p>N° National:</p>	<p>Identification du médecin prescripteur (cachet)</p> <p>Nom et prénom:</p> <p>Adresse:</p> <p>N°-INAMI :</p> <p>Signature:</p> <p>Date/heure prélèvement:</p> <p>Urgent: <input type="checkbox"/> Tél. <input type="checkbox"/> Fax</p> <p>Copie à:</p>
<p>Obligatoire pour les hospitalisés :</p> <p>Etablissement :</p> <p>Service:</p> <p>N° Identification:</p> <p>Hospitalisation (Date + heure) :</p>	<p>B-doc anapath / vignette :</p>
<p>CYTOLOGIE GYNECOLOGIQUE (fixation en milieu liquide ThinPrep ou frottis conventionnel fixé immédiatement à la laque) (i)</p> <p><input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Vagin</p> <p><input type="checkbox"/> Examen préventif (1x/3 ans) <input type="checkbox"/> Suivi diagnostique ou thérapeutique (2x/an) <input type="checkbox"/> A charge de la patiente</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche HPV</p> <p>Statut : <input type="checkbox"/> DDR:/...../..... <input type="checkbox"/> Ménopausée depuis:/...../..... <input type="checkbox"/> Post-partum <input type="checkbox"/> THS: <input type="checkbox"/> Autre:</p>	
<p>CYTOLOGIE NON GYNECOLOGIQUE (fixation au Cytolyt ou à l'alcool > 50%) (i)</p> <p><input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Lavage vésical <input type="checkbox"/> Aspiration bronchique <input type="checkbox"/> Liquide pleural <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Autre liquide:</p>	
<p>EXAMEN HISTOLOGIQUE (fixation au formol tamponné 4%, à l'exception des ganglions lymphatiques) (i)</p> <p><input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Exérèse <input type="checkbox"/> Extemporaneé (pot sec) Origine:</p>	
<p>Antécédents :</p> 	
<p>Renseignements cliniques et problèmes / données nécessaires pour l'exécution et l'interprétation des résultats :</p> 	
<p>(i) Pour d'éventuelles questions concernant la fixation, veuillez prendre contact avec le laboratoire</p>	
<p>Examens pharmacodiagnostiques : <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Her2/Neu <input type="checkbox"/> PD-L1 <input type="checkbox"/> ALK <input type="checkbox"/> Autre</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.