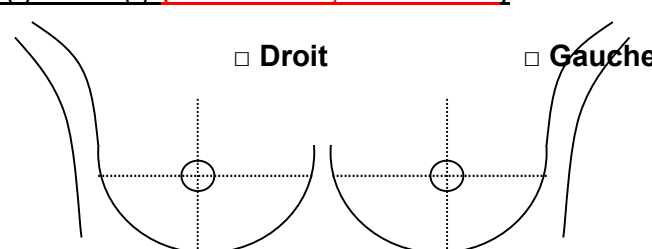


FORMULAIRE 2 - DEMANDE D'ANALYSE DE BIOPSIE A L'AIGUILLE MAMMAIRE

<p>Identification patiente (étiquette, vignette, plaquette)</p> <p>Nos références:</p>	<p>Cachet et signature du Médecin préleveur:</p> <p>DATE EXAMEN:</p> <p>Copies au(x) Docteur (s):</p>
<p>Antécédents médicaux</p> <p>Aucun <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/> / Oui (précisez):</p> <p>Traitement en cours / médicaments: Patiente enceinte <input type="checkbox"/></p> <p>N° AP Antérieur:</p>	
<p>ATTENTION UTILISER LES POTS SPECIFIQUES HEURE du prélèvement :</p> <p>.....H.....minutes</p> <p>DEMANDE DE MARQUEURS PHARMACODIAGNOSTIQUES : <input type="checkbox"/> RO / <input type="checkbox"/> RP / <input type="checkbox"/> c-erbB-2</p> <p><input type="checkbox"/> Demande FISH / SISH (dans le cadre d'un programme de soins oncologiques reconnus)</p>	
<p>Latéralisation et site de(s) la lésion(s) (si bilatérales, 2 demandes)</p> <div style="text-align: center;">  </div>	
<p>Examen clinique sénologique</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>Imagerie médicale</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>Procédure de prélèvement</p> <p>Type d'aiguille: Tru-cut manuel <input type="checkbox"/> / Pistolet automatique <input type="checkbox"/> / Mammotome-Vacora <input type="checkbox"/> / Autre* <input type="checkbox"/> Diamètre d'aiguille (gauge):</p> <p>.....</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>Calcifications contrôle XR des carottes : présentes <input type="checkbox"/> / présence douteuse <input type="checkbox"/> / absentes <input type="checkbox"/> / Clichés non réalisés <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre de carottes avec calcifications/ nombre total:/..... .Anomalie totalement résolue : oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/></p>	
<p>(*) Commentaires:</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.