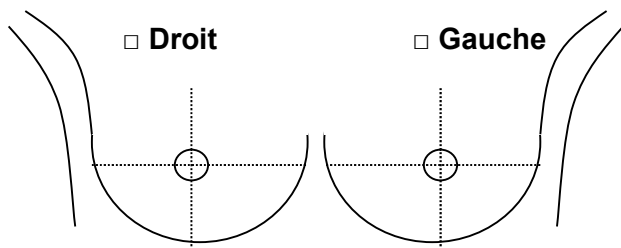


## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSE DE CYTOLOGIE MAMMAIRE

<p><b><u>Identification patient (étiquette, vignette, plaquette)</u></b></p>     <p>Nos références:</p>	<p><b><u>Cachet et signature du Médecin préleveur:</u></b></p>    <p><b>DATE EXAMEN:</b> _____ <b>HEURE :</b> _____</p> <p><b>Copies au(x) Docteur (s):</b> _____</p>
<p><b><u>Antécédents médicaux</u></b></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><b><u>Latéralisation et site de(s) la lésion(s)</u></b></p> <div style="text-align: center;">  </div>	
<p><b><u>Examen clinique sénologique</u></b></p> <p><b>Mamelon</b> présence d'une lésion ou d'un écoulement <input type="checkbox"/> <span style="float: right;"><b>Peau</b> rétraction <input type="checkbox"/> - ulcération <input type="checkbox"/> - érythème <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>Palpation:</b> lésion palpable <input type="checkbox"/> / palpation douteuse <input type="checkbox"/> / lésion non palpable <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/> <span style="float: right;"><b>Taille</b> (maximum, en cm) : .....</span></p> <p><b>Diagnostic:</b> Bénin <input type="checkbox"/> / Bénin probable <input type="checkbox"/> / Malin probable <input type="checkbox"/> / Malin <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/> <span style="float: right;"><b>Ganglions lymphatiques:</b> N0 <input type="checkbox"/> / N1 <input type="checkbox"/> / NX <input type="checkbox"/></span></p>	
<p><b><u>Imagerie médicale</u></b></p> <p><b>Lésion</b> présente <input type="checkbox"/> / présence douteuse <input type="checkbox"/> / absente <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/> <span style="float: right;"><b>Taille</b> (maximum, en cm) : .....</span></p> <p><b>Type de lésion:</b> 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><b>Catégories diagnostiques:</b> 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><b>Discordance entre méthodes :</b> .....</p> <p>.....</p>	
<p><b><u>Procédure de prélèvement</u></b></p> <p><b>Type de prélèvement:</b> 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><b>Localisation :</b> palpation <input type="checkbox"/> / stéréotaxie X-ray <input type="checkbox"/> / échographique <input type="checkbox"/> / autre* <input type="checkbox"/></p> <p><b>Adéquation :</b> 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><b><u>(*) Commentaires :</u></b></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](http://www.cmplab.be). Veuillez en prendre connaissance.