

Anatomie Pathologique- Pathologische Ontleedkunde



Boulevard de l'Humanité 116- B-1070 Bruxelles/Brussel
 T +32 2 524 33 84 – F +32 2 524 36 45 – info@labcomp.be – www.cmplab.be
 Cerba Path SA - Dept CMP BE 0865.879.606



DRS M-F. DEHOU (DIRECTEUR) – H. DJEDAIMI – D. FAVERLY – F. LEDUC – A. MATHIEU –
 H. VANDE WALLE – K. WILGENHOF



Anatomie Pathologique- Pathologische Ontleedkunde

Boulevard de l'Humanité 116- B-1070 Bruxelles/Brussel
 T +32 2 524 33 84 – F +32 2 524 36 45 – info@labcomp.be – www.cmplab.be
 Cerba Path SA - Dept CMP BE 0865.879.606



DRS M-F. DEHOU (DIRECTEUR) – H. DJEDAIMI – D. FAVERLY – F. LEDUC – A. MATHIEU –
 H. VANDE WALLE – K. WILGENHOF

Demande d'analyse histologique et cytologique

1) Indiquez le nom, prénom, sexe, date de naissance, adresse	Identification du patient : Nom et prénom: Date de naissance: / / 1 Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Rue: Code postal: Commune:	Identification du médecin prescripteur (cachet) Nom et prénom: Adresse: 2 N° INAMI : Signature:	2) Apposer votre cachet INAMI et votre signature
3) Apposez une vignette	Données de mutuelle (vignette ou remplir en majuscules) Mutuelle: 3 Code titulaire : CT1: CT2: N° National:	Date/heure prélèvement: 4 Urgent: <input type="checkbox"/> Tél. <input type="checkbox"/> Fax Copie à: 5	4) Indiquez la date et l'heure du prélèvement et si le prélèvement est urgent
6) Pour les patients hospitalisés, veuillez remplir ces champs.	Obligatoire pour les hospitalisés : Etablissement: 6 Service: N° Identification: Hospitalisation (Date + heure) :	B-doc anapath / vignette : 7	5) Indiquer le nom du docteur et/ou patient à qui vous voulez envoyer une copie du protocole
8) Compléter cette rubrique pour les analyses de cytologie gynécologique	CYTOLOGIE GYNECOLOGIQUE (fixation en milieu liquide TuboScan ou frottis conventionnel fixé immédiatement à la liqueur) (I) <input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Examen préventif (1x/3 ans) <input type="checkbox"/> Suivi diagnostique ou thérapeutique (.....) <input type="checkbox"/> A charge de la patiente <input type="checkbox"/> Recherche HPV Statut : <input type="checkbox"/> DDR: / / <input type="checkbox"/> Ménopausée depuis: / / <input type="checkbox"/> Post-partum <input type="checkbox"/> IHS: <input type="checkbox"/> Autre:		7) Apposez l'étiquette B-doc du patient si elle existe
9) Compléter cette rubrique pour les analyses de cytologie non gynécologique	CYTOLOGIE NON GYNECOLOGIQUE (fixation au Cytolut ou à l'alcool) (II) <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Lavage vésical <input type="checkbox"/> Aspiration bronchique <input type="checkbox"/> Liquide p..... <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Autre liquide: 9		
11) Indiquez les antécédents du patient	EXAMEN HISTOLOGIQUE (fixation au formol Amponne 4%, à l'exception des ganglions lymphatiques) (I) <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Exérèse <input type="checkbox"/> Extemporaneé (pot sec) Origine: 10		10) Compléter cette case s'il s'agit d'un examen histologique
12) Compléter les renseignements cliniques	Antécédents : 11 Renseignements cliniques et problèmes / données nécessaires pour l'exécution et l'interprétation des résultats : 12		
	(I) Pour d'éventuelles questions concernant la fixation, veuillez prendre contact avec le laboratoire		
	Examens pharmacodiagnostiques : <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Her2/Neu <input type="checkbox"/> PD..... <input type="checkbox"/> ALK <input type="checkbox"/> Autre 13		13) Cocher l'examen pharmacodiagnostique souhaité