

Laboratoire d'anatomopathologie
Hôpital d'Arlon
Rue des Déportés, 137 B-6700 ARLON
Tél. : 063 / 23 16 95
Fax : 063 / 23 16 97

URGENT

1. IDENTIFICATION PATIENT :

NOM

PRENOM

D.N.

ADRESSE

MUTUELLE

Réservé au laboratoire

Numéro de demande :

Initiales méd/tech :

2. DATE et HEURE du prélèvement :

3. PRESCRIPTEUR (Nom, prénom, adresse, n°INAMI, signature) : COPIE POUR :

Refus du patient de transmission des résultats aux traitants Signature patient :

4. NOMBRE TOTAL DE FLACONS :

LAMES :

5. PRELEVEMENT : ORGANE + LOCALISATION

6. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES :