

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 :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> FROTTIS CERVICO-VAGINAL DEPISTAGE (1/3 ans) | <input type="checkbox"/> BIOPSIE ENDOMETRE |
| <input type="checkbox"/> FROTTIS CERVICO-VAGINAL SUIVI (ASC-US/ASC-H/AGUS dans frottis précédent) | <input type="checkbox"/> BIOPSIE COL |
| <input type="checkbox"/> FROTTIS CERVICO-VAGINAL HORS CONVENTION (< 3 ans d'un frottis normal) | <input type="checkbox"/> BIOPSIE VULVE |
| <input type="checkbox"/> FROTTIS VAGINAL DEPISTAGE (1/3 ans) | <input type="checkbox"/> BIOPSIE VAGIN |
| <input type="checkbox"/> FROTTIS VAGINAL SUIVI (ASC-US/ASC-H/AGUS dans frottis précédent) | <input type="checkbox"/> ECOULEMENT MAMELONNAIRE |
| <input type="checkbox"/> FROTTIS VAGINAL HORS CONVENTION (< 3 ans d'un frottis normal) | <input type="checkbox"/> FROTTIS VULVE |

AUTRE :

6. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES :

.....
.....
.....
.....

Résultat antérieur :

Date des dernières règles : Ménopause : OUI / NON / EN INSTALLATION

Traitement hormonal :

Col :