

Laboratoire d'anatomopathologie  
Hôpital Edmond Jacques  
48, Rue de Harnoncourt B-6762 SAINT-MARD  
Tél. : 063 / 58 81 15  
Fax : 063 / 58 81 14

## 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 : .....