

**LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE CYTOLOGIE**

Dr A. GODON (Chef de service) Dr M. VIVARIO Dr N. DETREMBLEUR

ESPACE RESERVE AU LABO

**RENSEIGNEMENTS PATIENT :**  Int. B / M  Ext. B / M / V  Privé

N° NDA :

Nom/Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : F. / M.

Mutuelle :

**ETIQUETTE HOSPI**  
**OU VIGNETTE**

TECHNIQUE		Parafe Secrét.	
Col. Spéc./ HE /+L			
Décalcif.?(durée)			
AFAC ? (N°/durée)			
Transit manip LBC ?			
CP - Parafe Préleveur			
FIXATION : Date de fin Durée (h)			
		NON CONFORMITE	
		D	
		E	
		F	
		P	
		B	

**ECHANTILLON :**

Heure du prélèvement fixé :

Date prélèvement si différente date prescription :

Localisation anatomique du prélèvement

Examen per-opér. **EXTEMPO.** (cocher)

Antécédents, renseignements cliniques et biologiques, données thérapeutiques (e.a : hormono, Rx, chimio) :

**URGENT**  N°Contact :

**PRESCRIPTIONS OBLIGATOIRES A CHARGE DU CLINICIEN: Anticorps pharmaco-diagnostiques :** (cochez les cases)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Récepteurs à la progestérone | <input type="checkbox"/> EGFR                              |
| <input type="checkbox"/> Récepteurs à l'œstrogène     | <input type="checkbox"/> CD117 (C-KIT)                     |
| <input type="checkbox"/> HER2                         | <input type="checkbox"/> Autres prescriptions souhaitées : |

**PRESCRIPTEUR :** (ou cachet médical)

Nom/Prénom :

N° INAMI :

**DATE PRESCRIPTION :**

**SIGNATURE :**

**Copie des résultats à :**