

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE CYTOLOGIE

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

ESPACE RESERVE LABO

RENSEIGNEMENTS PATIENT : Interne B/M Externe B/M Privé

N° NDA :

Nom/Prénom :

Adresse :

ETIQUETTE HOSPI

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

Mutuelle :

OU VIGNETTE

TECHNIQUE		Parafe Secr :													
Col. Spéc./ HE /+L		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NON CONFORMITE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F</td> <td></td> </tr> <tr> <td>P</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	NON CONFORMITE		D		E		F		P		B		
NON CONFORMITE															
D															
E															
F															
P															
B															
Décalcif.?(durée)															
AFAC ? (N°/durée)															
Transit manip LBC ?															
CP - Parafe Préleveur															
Date de fin de fixation															

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) :

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 :