

Nos Références :
(étiquette Diamic)

Code organe (réservé au laboratoire) :

 Date et heure de RECEPTION
au laboratoire de pathologie

A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR :

NOM, Prénom :

N° INAMI :

HOPITAL :

SERVICE :

N° Agrément :

Médecin traitant :

Copie à :

Signature :

Pour tout type de prélèvement :

Si applicable, heure de mise en contact avec le formol :

PATIENT : (compléter ou étiquette)

NOM, Prénom :

Né(e) le :

Sexe :

Rue :

N° :

Code postal :

Localité :

Mutuelle : (vignette ou compléter)

Régime assurance :

(CT1/CT2)

Titulaire – conjoint – enfant – ascendant (cochez la mention)

N° de matricule :

Hospitalisé : oui - non

Si hospitalisé : SERVICE

Anatomopathologie
Neuropathologie

	BA	BS	BB	BC	BD	
	Ext				Cyt	
	Complet	Incomplet	A prélever			

A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR :

LOCALISATION ANATOMIQUE DES PRELEVEMENTS (A.R. 01-07-2011):

Réservé au laboratoire :

Date et heure de mise en formol au laboratoire:

Date et heure de fin fixation :

Examen histopathologique + examen macroscopique éventuel	<input type="checkbox"/>	Examen immunohistologique :	<input type="checkbox"/>
Examen per-opératoire extemporané	<input type="checkbox"/>	Immuno-histologie oncologique :	
Examen cytopathologique :	<input type="checkbox"/>	- EGFR	<input type="checkbox"/>
-Urine ou expectoration	<input type="checkbox"/>	- Récepteurs œstrogènes	<input type="checkbox"/>
-Autre (précisez)	<input type="checkbox"/>	- Récepteurs progestérone	<input type="checkbox"/>
-Prélèvement cervico-vaginal : utilisez le formulaire <i>ad hoc</i> (*)		- CD117	<input type="checkbox"/>
-Moelle hématopoïétique	<input type="checkbox"/>	- Cerb2/HER2-Neu	<input type="checkbox"/>
Examen neuropathologique :		Microscopie électronique	<input type="checkbox"/>
- Liquide céphalo-rachidien	<input type="checkbox"/>	Histoenzymologie	<input type="checkbox"/>
- Biopsies neuromusculaires	<input type="checkbox"/>	Dermatopathologie : utilisez le formulaire <i>ad hoc</i> (*)	
- Biopsie ophtalmique	<input type="checkbox"/>	Biologie moléculaire : utilisez les formulaires <i>ad hoc</i> (*)	
- Biopsie cérébrale	<input type="checkbox"/>		

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dernières règles : Ménopause:

Diagnostic présumé :

DONNEES THERAPEUTIQUES (Datées)

Traitement hormonal :

Traitement chirurgical :

Radio/Chimiothérapie :

Autre traitement :

DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES ANTERIEURES

Biopsie(s) ou cytologie(s) antérieure(s) ? oui – non : Date :

N° d'analyse :

Diagnostic :