ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Date et heure du PRELEVEMENT **a remplir par le médecin prescripteur :**

Nos références (Etiquette Diamic)	**LAVAGE BRONCHO-ALVEOLAIRE**	**Date et heure de RECEPTION au laboratoire de pathologie :**

Médecin prescripteur :
NOM, Prénom :
N° INAMI :
HOPITAL :
SERVICE :
N° Agrément :
Médecin traitant :
Copie à :
Date et signature :

PATIENT :
NOM :
Prénom :
Né(e) le : Sexe :
Rue : N° :
Code postal : Localité :
Régime assurance : (CT1/CT2)
N° matricule :
Titulaire – conjoint – enfant - ascendant
Hospitalisé : oui - non
Si hospitalisé : SERVICE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Statut :		**Commentaire :**
- Immunocompétent infectieux	☐	
- Immunocompétent NON infectieux	☐	
- Immunodéprimé infectieux	☐	

ANALYSES DEMANDEES

Analyses :		**Commentaire :**
- Evaluation cytopathologique (code Diamic : **LV)**	☐	
- Autres examens spéciaux (en fonction de la clinique)	☐	Précisez :

RESULTAT URGENT (**) :	**MEDECIN A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**
OUI ☐	NOM, PRENOM :
	BIP :
NON ☐	TELEPHONE

(**) Pour un résultat à communiquer en urgence (le jour même), il convient que les coordonnées téléphoniques concernant le médecin à contacter soient dûment remplies, que le prélèvement soit transmis immédiatement au dispatching et qu'un contact téléphonique soit établi au préalable avec le laboratoire (2580 ou 2405) durant les jours ouvrables ou avec le médecin pathologiste de garde (coordonnées disponibles aux urgences)