

**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 : .....

**ETIQUETTE HOSPI**

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

Mutuelle :

**OU VIGNETTE**

TECHNIQUE	
Col. Spéc./ HE /+L	
Décalcif.?(durée)	
AFAC ? (N°/durée)	
Transit manip LBC ?	
CP - Parafe Préleveur	
Date et heure ouverture pièce	
Durée fixation (si onco)	
Date fin fixation	

Parafe Secrét.
-------------------

N C	
D	
E	
F	
P	
B	

**ECHANTILLON :**

Heure du prélèvement :  Mise au formol : < à 30min  ; > à 30 min :

Date prélèvement si différente date prescription :

Localisation anatomique du prélèvement

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

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

**URGENT**  N°Contact :

**PRESCRIPTIONS OBLIGATOIRES A CHARGE DU CLINICIEN : Anticorps pharmaco-diagnostiques, si nécessaire : cochez**

- Récepteurs à la progestérone
- Récept. À l'œstrogène
- HER2/Cerb-B2
- ALK
- ROS1
- PDL1
- O Autre :

**PRESCRIPTEUR :** (ou cachet médical)  
Nom/Prénom :  
N° INAMI :

**DATE PRESCRIPTION :**

**SIGNATURE :**

**Copie des résultats à :**