

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	
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

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Récepteurs à la progestérone | <input type="checkbox"/> Récept. À l'œstrogène | <input type="checkbox"/> HER2/Cerb-B2 |
| <input type="checkbox"/> ALK | <input type="checkbox"/> ROS1 | <input type="checkbox"/> PDL1 |
- O Autre :

PRESCRIPTEUR : (ou cachet médical)

Nom/Prénom :

N° INAMI :

DATE PRESCRIPTION :

SIGNATURE :

Copie des résultats à :