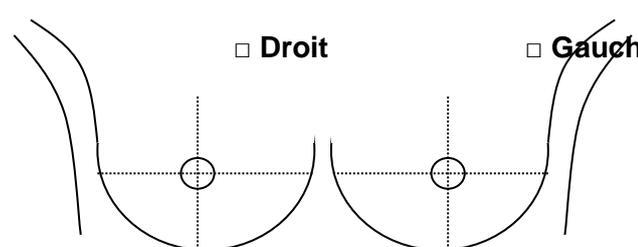


FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSE DE CYTOLOGIE MAMMAIRE

<p><u>Identification patient (étiquette, vignette, plaquette)</u></p> <p>Nos références:</p>	<p><u>Cachet et signature du Médecin préleveur:</u></p> <p>DATE EXAMEN: _____ HEURE : _____</p> <p>Copies au(x) Docteur (s): _____</p>
<p><u>Antécédents médicaux</u></p> <p>Aucun <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/> / Oui (précisez):</p> <p>Traitement en cours / médicaments: Patiente enceinte <input type="checkbox"/></p> <p>N° AP Antérieur:</p>	
<p><u>Latéralisation et site de(s) la lésion(s)</u></p> <div style="text-align: center;">  <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Droit</p> <p style="margin-right: 100px;"><input type="checkbox"/> Gauche</p> </div>	
<p><u>Examen clinique sénologique</u></p> <p>Mamelon présence d'une lésion ou d'un écoulement <input type="checkbox"/> Peau rétraction <input type="checkbox"/> - ulcération <input type="checkbox"/> - érythème <input type="checkbox"/></p> <p>Palpation: lésion palpable <input type="checkbox"/> / palpation douteuse <input type="checkbox"/> / lésion non palpable <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/> Taille (maximum, en cm) :</p> <p>Diagnostic: Bénin <input type="checkbox"/> / Bénin probable <input type="checkbox"/> / Malin probable <input type="checkbox"/> / Malin <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/> Ganglions lymphatiques: N0 <input type="checkbox"/> / N1 <input type="checkbox"/> / NX <input type="checkbox"/></p>	
<p><u>Imagerie médicale</u></p> <p>Lésion présente <input type="checkbox"/> / présence douteuse <input type="checkbox"/> / absente <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/> Taille (maximum, en cm) :</p> <p>Type de lésion: masse solide - tumeur <input type="checkbox"/> / kyste <input type="checkbox"/> / calcifications <input type="checkbox"/> / anomalie de trame <input type="checkbox"/> / autre* <input type="checkbox"/></p> <p>Catégories diagnostiques: ACR 1 <input type="checkbox"/> / ACR 2 <input type="checkbox"/> / ACR 3 <input type="checkbox"/> / ACR 4 <input type="checkbox"/> / ACR 5 <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>Discordance entre méthodes :</p>	
<p><u>Procédure de prélèvement</u></p> <p>Type de prélèvement: ponction lésion solide <input type="checkbox"/> / ponction liquide kystique <input type="checkbox"/> / écoulement mamelon <input type="checkbox"/> / frottis cutané ou mamelon <input type="checkbox"/> / autre* <input type="checkbox"/></p> <p>Localisation : palpation <input type="checkbox"/> / stéréotaxie X-ray <input type="checkbox"/> / échographique <input type="checkbox"/> / autre* <input type="checkbox"/></p> <p>Adéquation : aiguille dans la lésion <input type="checkbox"/> / douteuse <input type="checkbox"/> / aiguille en dehors de la lésion <input type="checkbox"/> / Inconnu <input type="checkbox"/></p>	
<p><u>(*) Commentaires :</u></p> 	

Tous nos formulaires de demandes d'analyses ainsi que notre manuel de prélèvement d'échantillons primaires sont téléchargeables sur notre site web www.cmplab.be. Veuillez en prendre connaissance.

Les données vous concernant, vous et votre patient, ci-dessus sont confiées au laboratoire CMP aux fins diagnostiques, gestion administrative et de santé publique. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et vos droits, rendez-vous sur le site cmplab.be pour consulter notre « Politique de protection des données ».