

Demande d'analyse histologique et cytologique

<p>Identification du patient :</p> <p>Nom et prénom:</p> <p>Date de naissance: / / Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Rue:</p> <p>Code postal: Commune:</p> <p>Données de mutuelle (vignette ou remplir en majuscules)</p> <p>Mutualité:</p> <p>Code titulaire : CT1: CT2:</p> <p>N° National:</p>	<p>Identification du médecin prescripteur (cachet)</p> <p>Nom et prénom:</p> <p>Adresse:.....</p> <p>N°-INAMI :</p> <p>Signature:</p> <p>Date/heure prélèvement:</p> <p>Urgent: <input type="checkbox"/> Tél. <input type="checkbox"/> Fax</p> <p>Copie à:</p>
<p>Obligatoire pour les hospitalisés :</p> <p>Etablissement :.....</p> <p>Service:</p> <p>N° Identification:</p> <p>Hospitalisation (Date + heure) :</p>	<p>B-doc anapath / vignette :</p>
<p>CYTOLOGIE GYNECOLOGIQUE (fixation en milieu liquide ThinPrep ou frottis conventionnel fixé immédiatement à la laque) (i)</p> <p><input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Vagin</p> <p><input type="checkbox"/> Examen préventif (1x/3 ans) <input type="checkbox"/> Suivi diagnostique ou thérapeutique (2x/an) <input type="checkbox"/> A charge de la patiente</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche HPV</p> <p>Statut : <input type="checkbox"/> DDR:/...../..... <input type="checkbox"/> Ménopausée depuis:/...../..... <input type="checkbox"/> Post-partum <input type="checkbox"/> THS: <input type="checkbox"/> Autre:</p>	
<p>CYTOLOGIE NON GYNECOLOGIQUE (fixation au Cytolyt ou à l'alcool > 50%) (i)</p> <p><input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Lavage vésical <input type="checkbox"/> Aspiration bronchique <input type="checkbox"/> Liquide pleural <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Autre liquide:</p>	
<p>EXAMEN HISTOLOGIQUE (fixation au formol tamponné 4%, à l'exception des ganglions lymphatiques) (i)</p> <p><input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Exérèse <input type="checkbox"/> Extemporaneé (pot sec) Origine:</p>	
<p>Antécédents :</p>	
<p>Renseignements cliniques et problèmes / données nécessaires pour l'exécution et l'interprétation des résultats :</p>	
<p>(i) Pour d'éventuelles questions concernant la fixation, veuillez prendre contact avec le laboratoire</p>	
<p>Examens pharmacodiagnostiques : <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Her2/Neu <input type="checkbox"/> PD-L1 <input type="checkbox"/> ALK <input type="checkbox"/> Autre</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 ».