

## Demande d'analyse histologique et cytologique

<p><b><u>Identification du patient :</u></b></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><b><u>Données de mutuelle (vignette ou remplir en majuscules)</u></b></p> <p>Mutualité: .....</p> <p>Code titulaire : CT1: ..... CT2: .....</p> <p>N° National: .....</p>	<p><b><u>Identification du médecin prescripteur (cachet)</u></b></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><b><u>Obligatoire pour les hospitalisés :</u></b></p> <p>Etablissement :.....</p> <p>Service: .....</p> <p>N° Identification: .....</p> <p>Hospitalisation (Date + heure) : .....</p>	<p>B-doc anapath / vignette :</p>
<p><b>CYTOLOGIE GYNECOLOGIQUE (fixation en milieu liquide ThinPrep ou frottis conventionnel fixé immédiatement à la laque) (i)</b></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><b>Statut :</b> <input type="checkbox"/> DDR: ...../...../..... <input type="checkbox"/> Ménopausée depuis: ...../...../..... <input type="checkbox"/> Post-partum <input type="checkbox"/> THS: ..... <input type="checkbox"/> Autre: .....</p>	
<p><b>CYTOLOGIE NON GYNECOLOGIQUE (fixation au Cytolyt ou à l'alcool &gt; 50%) (i)</b></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><b>EXAMEN HISTOLOGIQUE (fixation au formol tamponné 4%, à l'exception des ganglions lymphatiques) (i)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Exérèse Origine: .....</p>	
<p><b><u>Antécédents :</u></b></p>          <p><b><u>Renseignements cliniques et problèmes / données nécessaires pour l'exécution et l'interprétation des résultats :</u></b></p>          <p>(i) Pour d'éventuelles questions concernant la fixation, veuillez prendre contact avec le laboratoire</p>	
<p><b>Examens pharmacodiagnostiques :</b> <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Her2/Neu <input type="checkbox"/> C-kit / CD117 <input type="checkbox"/> EGFR <input type="checkbox"/> Autre</p>	