



DEMANDE D'ANALYSE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : M F

Tél patient :

Réservé au laboratoire

VIGNETTE DE MUTUELLE

Résultat urgent
 Examen extemporané
Date et heure de prélèvement :
.....
.....
Fixation immédiate :
 OUI NON
Si NON, délai avant fixation
en minutes :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom/Prénom :

Adresse :

N° INAMI :

Signature :

Copie à :

*Le laboratoire d'anatomie pathologique
du Groupe santé CHC est accrédité par
BELAC sous le numéro de certificat 697-MED



Type d'analyse : Examen histologique Examen cytologie non-gynécologique

Analyse HER2Neu: HER2Neu IHC* HER2Neu SISH*

Nature du prélèvement :

Antécédents oncologiques : OUI NON

Traitements néo-adjuvants : OUI NON

Renseignements cliniques :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PRÉLÈVEMENTS (description des différents prélèvements effectués)

CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE