

Boite	Pot Formol	Pot Frais	Lames	Tube Cytolyt	Pot Cytolyt
-------	---------------	--------------	-------	-----------------	----------------

## Demande d'analyse Histologie et cytologique

**\* Renseignements légalement obligatoires**

<p><b>PATIENT :</b> (étiquette, vignette) :</p> <p>Nom* : Prénom* : Date de naissance* :                      Sexe* : M / F Rue * : CP + Ville* : NISS* : N° dossier : Mutuelle :</p>	<p><b>PRESCRIPTEUR :</b> (cachet)</p> <p>Date* : Nom – Prénom* : N° INAMI* : Adresse : Signature* : Copies protocole :</p>
---	--

<input type="checkbox"/> <b>Examen extemporané</b> <input type="checkbox"/> <b>Urgence</b> Dr : Tel :    Fax :	<input type="checkbox"/> <b>Risque contagieux :</b> (préciser)
--	--

**Date du prélèvement\* :**  
**Heure du prélèvement\* :**

**CYTOLOGIE\* : (fixation au Cytolyt ou à l'alcool > 50%)**

Urine      Liquide pleural      Ascite      LCR      Autre liquide (préciser) :  
 Ponction d'organe → origine (préciser) :     Etalements sur lames  
 Nombre de pots et lames\* :

**EXAMEN HISTOLOGIQUE\* : (fixation au formol tamponné 4%, sauf exceptions pour analyses spécifiques)**

Biopsie(s) → nombre de pots\* :    → origine (préciser) :  
 Pièce(s) opératoire(s) → nombre pots/boites\* :    → origine (préciser) :

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES CLINIQUES\* :**