

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

Demande d'analyse de ponction cytologique thyroïdienne et spécimen chirurgical thyroïdien

*** Renseignements légalement obligatoires**

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

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

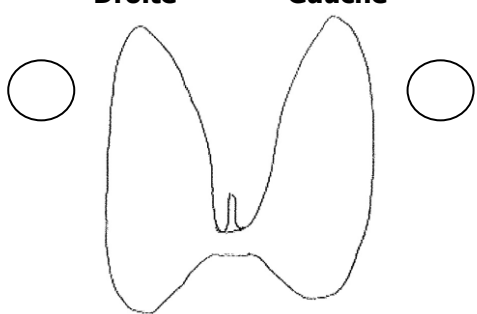
Date du prélèvement* :
Heure du prélèvement* :
Nombre de pots et lames* :

TYPE DE PRELEVEMENT* :

Cytoponction Cytoponction ganglion

Microbiopsie(s) →nombre : Macrobiopsie(s) →nombre : Pièce(s) opératoire(s) →nombre :

LOCALISATION DE LA LESION, RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES CLINIQUES* :

Ganglion Localisation:	<p>Droite Gauche</p> 	Ganglion Localisation:
---------------------------	--	---------------------------

Prélèvements : lobe droit / lobe gauche / curage / thymus G / thymus D / autre (préciser) :

Nodule: Taille (en cm) : kystique / solide

Particularités :

Classification TIRADS :

Adénopathies : oui / non

Biologie : auto-anticorps oui / non / lesquels :

Traitement en cours : oui / non / lesquels :

Antécédents familiaux / personnels :