



CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° réception LAP :

ID Techn :

Date réception LAP :

NC n°:

Bloquant (A)  Non-Bloquant (N)

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>
---	---

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

**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\* :**