

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

Demande d'analyse cytologique, biopsique et spécimen chirurgical de poumon

* 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 :</p> | <p><input type="checkbox"/> Risque contagieux : (préciser)</p> <p>Fax :</p> |
|--|--|

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

TYPE DE PRELEVEMENT* : (fixation au formol tamponné 4%, sauf exceptions pour analyses spécifiques)

Aspiration Brossage LBA Cytologie trachéale Liquide pleural Autre :
 EBUS → nombre : Biopsie (bronchique/pulmonaire) → nombre :
 Biopsie pleurale Biopsie autre
 Lobectomie pneumectomie (résection chirurgicale) Autre :

- SITE DES PRELEVEMENTS :

- RENSEIGNEMENTS CLINIQUES * :

Informations cliniques* : Suspicion tumeur primitive Métastase TNM
 Non-Fumeur Fumeur Ancien Fumeur

ATCD :
Traitement antérieur :

Prescription éventuelle d'analyses complémentaires : marqueurs pharmino-prédictifs ou pronostiques (en vue d'un traitement) (prestations INAMI 588976-588980) :

PD-L1 ALK1 ROS1 TRK récepteurs aux oestrogènes (RO) récepteurs à progestérone (RP) c-erb-B2