

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

## Demande d'analyse de Spécimen Mammaire

**\* 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 :    <input type="checkbox"/> Ganglion sentinelle Tel :    <input type="checkbox"/> Sein</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Risque contagieux :</b> (préciser)</p>
---	---

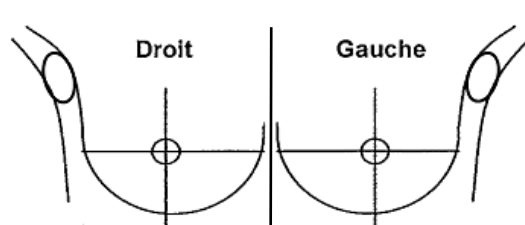
**Date du prélèvement\* :**  
**Heure du prélèvement\* :**  
**Nombre de pots et lames\* :**

**TYPE DE PRELEVEMENT\* :**

Cytoponction sein     Cytoponction ganglion     Ecoulement  
 Microbiopsie → nombre :                       Macrobiopsie → nombre :  
 Pièce opératoire → nombre :                       Pièce opératoire après chimiothérapie → nombre :

**Repérage :**  oui     non     Noir de carbone     Clips

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

<p><b>Type de lésion :</b></p> <p><input type="checkbox"/> masse solide – tumeur <input type="checkbox"/> kyste <input type="checkbox"/> calcifications <input type="checkbox"/> anomalie de trame <input type="checkbox"/> autre:</p> <p><b>Catégories diagnostiques :</b></p> <p><input type="checkbox"/> ACR1/ <input type="checkbox"/> ACR2/ <input type="checkbox"/> ACR3/ <input type="checkbox"/> ACR4/ <input type="checkbox"/> ACR5 / <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p><b>Taille (maximum en cm) :</b></p>		<p><b>Type de lésion :</b></p> <p><input type="checkbox"/> masse solide – tumeur <input type="checkbox"/> kyste <input type="checkbox"/> calcifications <input type="checkbox"/> anomalie de trame <input type="checkbox"/> autre:</p> <p><b>Catégories diagnostiques :</b></p> <p><input type="checkbox"/> ACR1/ <input type="checkbox"/> ACR2/ <input type="checkbox"/> ACR3/ <input type="checkbox"/> ACR4/ <input type="checkbox"/> ACR5 / <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p><b>Taille (maximum en cm) :</b></p>
--	--	--

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

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