

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

Demande d'analyse de Spécimen Mammaire

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

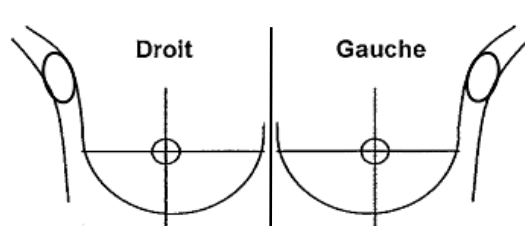
Date du prélèvement* :
Heure du prélèvement* :
Nombre de pots et lames* :

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>Type de lésion :</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>Catégories diagnostiques :</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>Taille (maximum en cm) :</p> |  | <p>Type de lésion :</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>Catégories diagnostiques :</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>Taille (maximum en cm) :</p> |
|--|--|--|