

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

Demande d'analyse en dermatologie et chirurgie plastique

*** 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>
--	--

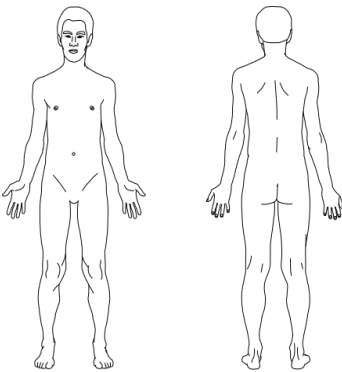
<input type="checkbox"/> Urgence Dr : Tel : Fax :	<input type="checkbox"/> Risque contagieux : (préciser)
---	--

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

TYPE DE PRELEVEMENT* : (fixation au formol tamponné 4%, sauf IF : milieu de Michel)

Biopsie → nombre : Pièce opératoire → nombre : Origine (préciser) :

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



Date de début des lésions :
 Prurit Douleur :

Traitement(s) pré-biopsie : local général le(s)quel(s) ? :
Antécédents :
Pathologie systémique associée :
Prise de médicaments :

Immunofluorescence : oui non

- site du prélèvement:
 - zone lésionnelle : oui non - zone photo exposée : oui non
 - Traitement : oui non durée :
 - Apparition des lésions : < 24H 1 mois > 1 mois > 1 an