

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

## Demande d'analyse en dermatologie et chirurgie plastique

**\* 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>
--	--

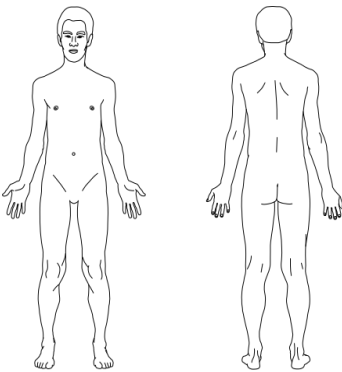
<input type="checkbox"/> <b>Urgence</b> Dr : Tel :    Fax :	<input type="checkbox"/> <b>Risque contagieux :</b> (préciser)
---	--

**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