CHwapi
LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE ID Techn : Date réception LAP : NC n°:	N° réception LAP : ☐ Bloquant (A) ☐ Non-Bloquant (N)

Boite	Pot Formol	Pot Frais	Lames	Tube Cytolyt	Pot Cytolyt

Demande d'analyse Histologie et cytologique

*** Renseignements légalement obligatoires**

PATIENT : (étiquette, vignette) :

Nom* :
Prénom* :
Date de naissance* : Sexe* : M / F
Rue * :
CP + Ville* :
NISS* :
N° dossier :
Mutuelle :

PRESCRIPTEUR : (cachet)

Date* :
Nom – Prénom* :
N° INAMI* :
Adresse :
Signature* :
Copies protocole :

☐ **Examen extemporané** ☐ **Urgence**
Dr :
Tel : Fax :

☐ **Risque contagieux :** (préciser)

Date du prélèvement* :
Heure du prélèvement* :

CYTOLOGIE *: (fixation au Cytolyt ou à l'alcool > 50%)

☐ Urine ☐ Liquide pleural ☐ Ascite ☐ LCR ☐ Autre liquide (préciser) :

☐ Ponction d'organe → origine (préciser) : ☐ Etalements sur lames

Nombre de pots et lames* **:**

EXAMEN HISTOLOGIQUE* : (fixation au formol tamponné 4%, sauf exceptions pour analyses spécifiques)

☐ Biopsie(s) → nombre de pots* : → origine (préciser) :

☐ Pièce(s) opératoire(s) → nombre pots/boites* : → origine (préciser) :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES CLINIQUES* :

Prescription éventuelle d'analyses complémentaires: marqueurs pharmo-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 ☐ autres :

Laboratoire d'anatomie pathologique | CHwapi
Site UNION | 51, Rue des sports - 7500 TOURNAI
www.chwapi.be | secretariat.anapath@chwapi.be | Tél : 069/33.33.70 | Fax : 069/33.33.86