

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

## Demande d'analyse : Biopsies prostatiques étagées

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

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

**Renseignements cliniques : PSA =**

	Site	Nbr de biopsies	Mesure (mm)	LESION				Engainements périnerveux	Extension extra-prostatique
				Diagnostic	Taille (mm)	Gleason			
1	Apex gauche					ab om op			
2	Latéral supérieur gauche					ab om op			
3	Médian gauche					ab om op			
4	Latéral inférieur gauche					ab om op			
5	Base gauche					ab om op			
6	Z. T. gauche					ab om op			
7	Apex droit					ab om op			
8	Latéral supérieur droit					ab om op			
9	Médian droit					ab om op			
10	Latéral inférieur droit					ab om op			
11	Base droite					ab om op			
12	Z. T. Droite					ab om op			
13	Fusion 1					ab om op			
14	Fusion 2					ab om op			
15	Fusion 3					ab om op			
16	Fusion 4					ab om op			
17						ab om op			
18						ab om op			