

Etiquette DIAMIC	 ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	 	Etiquette OAZIS
------------------	---	---	-----------------

A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR :
Date et heure du PRELEVEMENT : +si applicable, heure de mise en contact avec le formol :
IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR :
NOM, Prénom :
N° INAMI :
HOPITAL :
SERVICE :
N° Agrément :
Médecin traitant :
Copie à :
Signature :

PATIENT : (compléter ou étiquette)
NOM, Prénom :
Né(e) le : Sexe :
Rue : N° :
Code postal : Localité :
Mutuelle : (vignette ou compléter)
Régime assurance : (CT1/CT2)
Titulaire – conjoint – enfant – ascendant (cochez la mention)
N° de matricule :
Hospitalisé : oui - non
Si hospitalisé : SERVICE

Date et heure
- de mise en formol :
- de fin de fixation :

Date et heure de RECEPTION
au laboratoire

Réservé au laboratoire :									
Technologue :	Non conformité :	BA	BS	BB	BC	BD	BE	Code organe :	
	RES.....	Ext					Cyt		
Pathologiste :									

Examen histopathologique + éventuel examen immunohistologique	<input type="checkbox"/>	Immuno-histologie oncologique :	
Examen per-opératoire extemporané	<input type="checkbox"/>	ALK	<input type="checkbox"/>
Examen cytopathologique :	<input type="checkbox"/>	ROS1	<input type="checkbox"/>
-Liquide céphalo-rachidien	<input type="checkbox"/>	PD-L1	<input type="checkbox"/>
-Moelle hématopoïétique	<input type="checkbox"/>	HER2	<input type="checkbox"/>
-Urine ou expectoration	<input type="checkbox"/>	Récepteur aux oestrogènes (ER)	<input type="checkbox"/>
-Autre (précisez)	<input type="checkbox"/>	Récepteur à la progestérone (PR)	<input type="checkbox"/>
Prélèvement cervico-vaginal : formulaire <i>ad hoc</i>	*	TRK	<input type="checkbox"/>
Dermatopathologie, Biologie moléculaire : formulaire <i>ad hoc</i>	*	Microscopie électronique	<input type="checkbox"/>

LOCALISATION ANATOMIQUE DES PRELEVEMENTS (A.R. 01-07-2011) ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :
Contexte oncologique : OUI / NON
Traitement néo-adjuvant : OUI / NON
Traitement autre : OUI / NON

DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES ANTERIEURES

Biopsie(s) ou cytologie(s) antérieure(s) ? oui – non : Date :
N° d'analyse :
Diagnostic :