

Etiquette Oazis

Date et heure de réception

N° biopsie

Réservé au laboratoire

BS	BB	BC	BX	CN	IA	IB	IC	ID	ME
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom,prénom :
 Adresse :
 INAMI :
 Copie :
 Signature :
 Date:
 Heure du prélèvement :
 Heure de mise en formol :

PATIENT

Nom,prénom:
 Né(e)le:..... Sexe:
 Rue: N°:.....
 Code postal:..... Localité:.....
 Mutuelle:
 CT1/CT2:
 N° Niss ou n° national :

EXAMENS PRESCRITS DOIVENT ÊTRE COCHES

Biopsie standard		Biopsie de surface	
Immunohistochimie		Frottis – D-squame	
Immunofluorescence		Ongle	
Trichogramme		Mise en culture	
Microscopie électronique		Autres (.....)	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DONNEES THERAPEUTIQUES

Site du prélèvement :

Prélèvements antérieurs :

Tél. Secrétariat : +32 (0) 4 3662408 – Laboratoire : +32 (0) 4 3662407 – Fax : +32 (0) 4 3662976

SERVICE DE DERMATOPATHOLOGIE

(zone réservée au laboratoire)

J2060-0317 Page 2/2
MQ.A11.02 / Version 5

Prélèvement(s) reçu(s)	
<input type="checkbox"/> <i>Frais</i>	<input type="checkbox"/> Fixateur non adéquat
<input type="checkbox"/> <i>Fixé(s)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non Fixé(s)</i>
<input type="checkbox"/> <i>Orienté(s)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Non Orienté(s)</i>
<input type="checkbox"/> <i>Bloc(s) ext. (nbr :)</i>	

Examens complémentaires (selon renseignements cliniques)	
<i>Colorations spéciales / Immunos :</i>	<i>Immunofluorescences :</i>

Examen macroscopique

<input type="checkbox"/> <i>Shave(s)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Exérèse(s)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Extempo(s)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Autre(s) :</i>
--	--	--	--

Nombre de pièces/fragments :

Pièce(s) (Longueur x largeur x épaisseur)	
cm	cm
-----	-----
cm	cm
-----	-----
cm	cm
-----	-----
cm	cm

Dimensions et descriptions supplémentaires (si lésion tumorale)				O mal délimitée		
ID	Longueur x largeur x profondeur (cm)	TS la + proche (cm)	Ulcération	Contour lésion	Couleur lésion	Encrage pièce
			<input type="checkbox"/> <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> <i>Non</i>	<input type="checkbox"/> <i>Régulier</i> <input type="checkbox"/> <i>Irrégulier</i>	<input type="checkbox"/> <i>Homogène</i> <input type="checkbox"/> <i>Hétérogène</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> <i>Non</i>
-----			<input type="checkbox"/> <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> <i>Non</i>	<input type="checkbox"/> <i>Régulier</i> <input type="checkbox"/> <i>Irrégulier</i>	<input type="checkbox"/> <i>Homogène</i> <input type="checkbox"/> <i>Hétérogène</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> <i>Non</i>
-----			<input type="checkbox"/> <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> <i>Non</i>	<input type="checkbox"/> <i>Régulier</i> <input type="checkbox"/> <i>Irrégulier</i>	<input type="checkbox"/> <i>Homogène</i> <input type="checkbox"/> <i>Hétérogène</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> <i>Non</i>
-----			<input type="checkbox"/> <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> <i>Non</i>	<input type="checkbox"/> <i>Régulier</i> <input type="checkbox"/> <i>Irrégulier</i>	<input type="checkbox"/> <i>Homogène</i> <input type="checkbox"/> <i>Hétérogène</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> <i>Non</i>
-----			<input type="checkbox"/> <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> <i>Non</i>	<input type="checkbox"/> <i>Régulier</i> <input type="checkbox"/> <i>Irrégulier</i>	<input type="checkbox"/> <i>Homogène</i> <input type="checkbox"/> <i>Hétérogène</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> <i>Non</i>

Autre (s) :

Cicatrice (s) :

<input type="checkbox"/> <i>Punch(s)</i>	Nombre de punches :				
Dimensions	1/2	2/3	in toto	tranche centrale	autre(s)
..... 0,.....cm					
..... 0,.....cm					
..... 0,.....cm					
..... 0,.....cm					
..... 0,.....cm					
.....					

Schéma :

<i>Remarque(s) :</i>	<i>Nbr de tranches / prélèvements</i>	<i>Nbr de K7</i>
<input type="checkbox"/> <i>Partie envoyée en ME (.....)</i>	<i>Paraphe techn.</i>	