

Etiquette OAZIZ

 Date et heure du prélèvement :  
 À remplir par le médecin prescripteur

 Date et heure de réception  
 au laboratoire de pathologie

**A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR :**

 NOM Prénom : .....  
 N° INAMI : .....  
 HOPITAL : .....  
 SERVICE : .....  
 N° Agrément : .....  
 Médecin traitant : .....  
 Copie à : .....  
 SIGNATURE :

**Pour tout type de prélèvement :**

Si applicable, heure de mise en contact avec le formol

**PATIENT : (compléter ou étiquette)**

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

Code organe	Pathologiste	BS	BA	BB	BC	BD	N.C.	Technicien	
		Extempo			Cytologie				
		Garder		Antériorités					

**Réservé au laboratoire**

Date et heure de mise en formol au laboratoire :

Date et heure de fin de fixation :

Examen histopathologique + examen macro	<input type="checkbox"/>	Examen immunohistologique:	<input type="checkbox"/>
Examen cytopathologique :		Immuno-histologie oncologique :	<input type="checkbox"/>
- Urine	<input type="checkbox"/>	EGFR	<input type="checkbox"/>
- Autre (préciser):	<input type="checkbox"/>	Récepteurs oestrogènes	<input type="checkbox"/>
-Pélèvement cervico-vaginal :utiliser formulaire ad-hoc*	<input type="checkbox"/>	Récepteurs progestérones	<input type="checkbox"/>
-Moelle hématopoïétique	<input type="checkbox"/>	CD 117	<input type="checkbox"/>
Examen neuropathologique :		HER2-Neu	<input type="checkbox"/>
-LCR	<input type="checkbox"/>	Biologie moléculaire : utilisez les formulaires ad-hoc (*)	

**LOCALISATION ANATOMIQUE DES PRELEVEMENTS (A.R. 01-07-2011)**  
**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES :**

Dernières règles :

Ménopause :

Diagnostique présumé :

Données thérapeutiques :

**DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES ANTERIEURES :**

Biopsie(s) ou cytologie(s) antérieure(s) ? Oui—non :

Date :

N° analyse :...

Diagnostic :

TECHNICIEN :

PATHOLOGISTE :

ASSISTANT :

**Description macroscopique :**