Centre d'Anatomie Pathologique de l'Hôpital Universitaire de Bruxelles
90 rue Meylemeersch– 1070 Anderlecht
Tél : 02 555 3115
Lundi - Vendredi : 08h00-17h00
Email : SecMed.AnaPath@hubruxelles.be

Demande d'analyse PONCTION DE NODULE THYROÏDIEN

IDENTIFICATION PATIENT
(étiquette ou remplir tous les champs)

Nom : ……
Prénom : ……
Date de naissance : ……
Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin
Adresse : ……
……
NISS : ……
Code Mutuelle : ……

ETIQUETTE DU PATIENT

MEDECIN PRESCRIPTEUR
(cachet + signature)

MEDECIN(S) A INFORMER

PRELEVEMENT(S) (remplir tous les champs)

Date : ……
Heure : ……
URGENT : ☐ Oui ☐ Non

Nbre de ponctions : ……
Nbre de lames : ……
CB : ……

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

ATCD : ☐ Oui ☐ Non

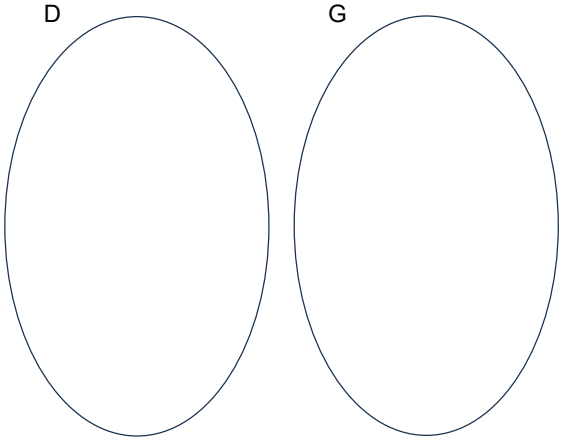
PROTOCOLE ECHOGRAPHIQUE

AUTRES(S) NODULE(S) : ☐ Oui ☐ Non

NODULE :

- Localisation du nodule :

D G



- Taille : …… x …… x …… mm
- Echogénicité :
  - ☐ Hypoéchogène
  - ☐ Isoéchogène
  - ☐ Hyperéchogène
  - ☐ Homogène
  - ☐ Hétérogène
- Calcifications : Non - Micro - Macro
- Dégénérescence kystique : Non - + ++ +++
- Prolifération endokystique : Oui - Non
- Doppler : …… / ……
- Score TIRADS : ……
- Adénopathie : Oui - Non
- Aspect macroscopique : Liquide hémorragique (…… ml)
  Liquide citrin (…… ml)

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN : ……

Nombre de prélèvements :