

Demande d'analyse EXAMENS EBUS/EUS

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**

Liquide et microbiopsie : rinçage de la seringue dans le tube de formol ou de saccomano (milieu de fixation et transport) = tube 30 ml à bouchon bleu.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Organe cible (entourez sur le schéma) :

Pathologie suspectée :

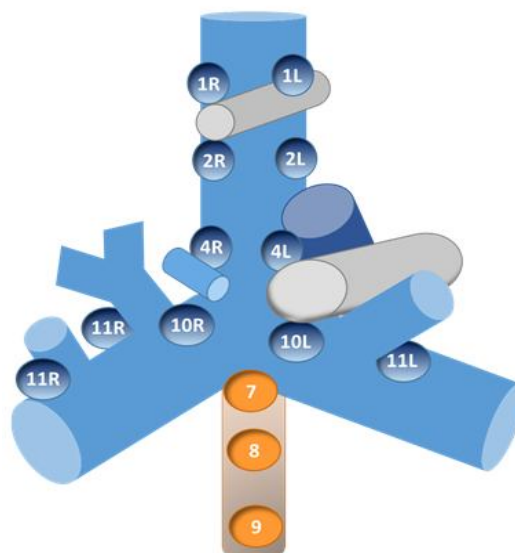
Antécédents carcinologiques (et autres) :

Immunohistochimie à titre pharmacodiagnostique : OUI – NON

Biologie moléculaire : OUI – NON

Pour tout renseignement au sujet de cette demande, vous pouvez nous contacter au 02/555/3115 ou par mail :

Myriam.remmelink@hubruxelles.be



CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN :

Nombre de prélèvements :