

Laboratoire d'anatomopathologie  
Hôpital d'Arlon  
Rue des Déportés, 137 B-6700 ARLON  
Tél. : 063 / 23 16 95 - Fax : 063 / 23 16 97

**URGENT**

**EXTEMPO**

Réservé au laboratoire

Numéro de demande :

Initiales méd/tech :                      NC :

**1. IDENTIFICATION PATIENT :**

NOM

PRENOM

D.N.

ADRESSE

MUTUELLE

**2. DATE du prélèvement :**

**3. PRESCRIPTEUR (Nom, prénom, adresse, n°INAMI, signature) :**

**COPIE POUR :**

MT

Autre (Nom + Prénom) :

Refus du patient de transmission des résultats aux traitants, signature patient :

**4. NOMBRE TOTAL DE FLACONS :**

**LAMES :**

**5. PRELEVEMENT :**     Caractère infectieux (HIV, BK,...)

**LOCALISATION**

**RENSEIGNEMENTS  
CLINIQUES UTILES**

**Heure prélèvement  
+ Heure fixation**