

Laboratoire d'anatomopathologie
 Hôpital d'Arlon
 Rue des Déportés, 137 B-6700 ARLON
 Tél. : 063 / 55 15 29

URGENT

1. IDENTIFICATION PATIENT :

NOM
 PRENOM
 D.N.
 ADRESSE
 MUTUELLE

Réservé au laboratoire

Numéro de demande :

Initiales méd/tech : NC :

2. DATE et HEURE du prélèvement :

Heure de fixation :

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 :

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> FROTTIS CERVICO-VAGINAL DEPISTAGE (1/3 ans) <input type="checkbox"/> FROTTIS CERVICO-VAGINAL SUIVI (ASC-US/ASC-H/AGUS dans frottis précédent) <input type="checkbox"/> FROTTIS CERVICO-VAGINAL HORS CONVENTION (< 3 ans d'un frottis normal) <input type="checkbox"/> FROTTIS VAGINAL DEPISTAGE (1/3 ans) <input type="checkbox"/> FROTTIS VAGINAL SUIVI (ASC-US/ASC-H/AGUS dans frottis précédent) <input type="checkbox"/> FROTTIS VAGINAL HORS CONVENTION (< 3 ans d'un frottis normal) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> BIOPSIE ENDOMETRE <input type="checkbox"/> BIOPSIE COL <input type="checkbox"/> BIOPSIE VULVE <input type="checkbox"/> BIOPSIE VAGIN <input type="checkbox"/> ECOULEMENT MAMELONNAIRE <input type="checkbox"/> FROTTIS VULVE |
|--|--|

AUTRE :

6. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES :

.....

.....

.....

.....

Résultat antérieur :

Date des dernières règles : Ménopause : OUI / NON / EN INSTALLATION

Traitement hormonal :

Col :