

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 :

- BIOPSIE ENDOMETRE
- BIOPSIE COL
- BIOPSIE VULVE

- BIOPSIE VAGIN
- ECOULEMENT MAMELONNAIRE
- FROTTIS VULVE

AUTRE :

6. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES :

.....

.....

.....

.....

Résultat antérieur :

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

Traitement hormonal :

Col :