



Adresse : rue Ferrer 159, 7100 Haine Saint Paul

Tél Secrétariat : (064) 23 3070 Fax : (064) 23 3682 E-mail : secretariat.anatomopathologie@jolimont.be

<p>PATIENT :</p> <p>VIGNETTE DE MUTUELLE OU VIGNETTE INFORMATIQUE</p>	<p>Dossier :</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>DDN :/...../..... NISS :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Contact :</p>	<p>N° DEMANDE (Réservé au laboratoire)</p>
--	--	--

Date du prélèvement :/...../.....

Heure de fixation :HeuresMinutes

Heure d'exérèse (sénologie) :HeuresMinutes

URGENT :

Réponse attendue pour le :/...../.....

EXAMEN EXTEMPORANE :

Jolimont Lobbes Nivelles St-Joseph

Heure : Tel pour résultat :

NATURE DU PRELEVEMENT ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Si nécessaire :

Immunohistochimie :

ER – RP – Cerb-B2 – KI67

EGFR – ALK – PDL 1

MSI

Autre :

.....

Biologie moléculaire :

NGS – secteur Gastro (dont KRAS-BRAF-NRAS)

NGS – secteur Mélanome (dont BRAF –NRAS – cKIT)

NGS – secteur Pneumo

NGS – secteur Gastro GIST (dont PDGFRA-BRAF-cKIT)

Autre :

RESERVE AU LABORATOIRE : (remarques, non conformités)

PRESCRIPTEUR : (CACHET ET SIGNATURE)

Nom et prénom :

Adresse :

INAMI. :

Signature :

COPIES : (Nom + Prénom)

.....

.....

.....

.....

140081 W-INT