



LABORATOIRE  
D'ANATOMIE  
PATHOLOGIQUE  
RUE FERRER, 159  
B-7100 HAINE-SAINT-  
PAUL

**Demande d'examen histologique et  
cytologique non gynécologique**

Ref : A-G-DE028-06  
Version : 06  
Applicable le : 13-01-2020



Adresse : rue Ferrer 159, 7100 Haine Saint Paul  
Tél Secrétariat : (064) 23 3070 Fax : (064) 23 3682 E-mail : [secretariat.anatomopathologie@jolimont.be](mailto:secretariat.anatomopathologie@jolimont.be)

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

**Date du prélèvement** : ...../...../.....     **URGENT** :  
**Heure de fixation** : .....Heures .....Minutes     **Réponse attendue pour le** : ...../...../.....  
**Heure d'exérèse (sénologie)** : .....Heures .....Minutes

**EXAMEN EXTEMPORANE** :     Jolimont     Lobbes     Nivelles     St-Joseph  
Heure : .....Tel pour résultat : .....

**NATURE DU PRELEVEMENT ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

<b>Si nécessaire :</b> <u>Immunohistochimie</u> : <input type="checkbox"/> ER – RP – Cerb-B2 – KI67 <input type="checkbox"/> EGFR – ALK – PDL 1 <input type="checkbox"/> MSI <input type="checkbox"/> Autre : ..... .....	<u>Biologie moléculaire</u> : <input type="checkbox"/> NGS – secteur Gastro (dont KRAS-BRAF-NRAS) <input type="checkbox"/> NGS – secteur Mélanome (dont BRAF –NRAS – cKIT) <input type="checkbox"/> NGS – secteur Pneumo <input type="checkbox"/> NGS – secteur Gastro GIST (dont PDGFRA-BRAF-cKIT) <input type="checkbox"/> Autre : .....
--	---

**RESERVE AU LABORATOIRE : (remarques, non conformités)**

<b><u>PRESCRIPTEUR</u> : (CACHET ET SIGNATURE)</b> Nom et prénom : ..... Adresse : ..... ..... INAMI. : ..... Signature : .....	<b><u>COPIES</u> : (Nom + Prénom)</b> ..... ..... ..... .....
--	---

140081 W-INT