UZ LEUVEN

SECOND OPINION / CONSULT
AANVRAAGFORMULIER

Pathologische Ontleedkunde - Herestraat 49 – 3000 Leuven
Tel.: 016 33 66 23 – Fax: 016 33 65 48

03-2024

Nr. 9995

Identification

Matériel externe
Référence labo ext : ……
Nature du prélèvement : ……
Date de prélèvement : ……./……./ 20…….

(réservé à UZ Leuven PO)

Durée de fixation/ Fixateur

Durée de fixation : ☐ < 6h ☐ 6 - 72h ☐ > 72h
Fixateur : ☐ formaldéhyde tamponné 4% / formaline 10% ☐ Congelé
☐ Preservcyt® / Cytorich Red®

Type matériel

☐ Bloc(s) de paraffine Nombre : ….
☐ Coupe(s) Nombre : ….
☐ lames blanches, coupées le ……/……/ 20……
☐ lames colorées : ☐ HE ☐ IHC[a] : ……

[a] **Veuillez joindre les colorations IHC déjà réalisées, ceci pour éviter que des IHC soient refaites et/ou facturées.**

Examen

☐ Second avis / consultation[b]
☐ Tests sous-traités Lesquels? ☐ IHC : ..... ☐ Microscopie électronique
Nombre d'IHC déjà facturés : .....

Prescripteur

A la demande de et facturé à :
☐ Médecin de l'UZ Leuven (444) (nom) .....
☐ Pathologiste hors UZ Leuven (913)[c] (adresse) .....
☐ Clinicien hors UZ Leuven (433)[c] .....
☐ Patient(e)[c]

[b] *Prix facturé : un montant de 100 € sera facturé au prescripteur mentionné ci-dessus pour ce second avis, à moins que celui-ci soit un médecin de l'UZ Leuven. Si des examens complémentaires sont nécessaires ou demandés par le prescripteur, ils seront également facurés au prescripteur au tarif INAMI indexé par examen IHC avec un maximum de 4.*

[c] *C'est la responsabilité du sous-signé d'informer le médecin hors UZ Leuven et/ou le patient de la facturation susmentionnée.*

Renseignements cliniques :

.....

Veuillez toujours joindre le rapport anatomo-pathologique. Rapport joint? ☐ Oui ☐ Non

Identification du pathologiste hors UZ Leuven et du laboratoire pour le renvoi du matériel
Nom : .....
Adresse : ..... (cachet)
.....
Laboratoire d'Anatomie pathologique : .....
Copie à d'autres médecins : .....

DATE DE DEMANDE : _____ HEURES ___ u ___

PRESCRIPTEUR Dr. : _____

I.D. nr. : I.N.A.M.I nr. : _____

_____

Signature

ADRESSE prescripteur : _____

_____

TEL. prescripteur : _____

UNITE : _____ CHAMBRE/LIT : _____ / _____

PATIENT IDENTIFICATION EAD-/HOS-nr. : _____

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Date de naissance : _____ Sexe : ___
d d m m j j

INSTITUTION D'ASSURANCE KG1/KG2 : _____ / _____
Nr. d'assurance _____ Parenté ___
Nr. de tribu _____

Si le paptient est hospitalisé ailleurs, institution _____
N° d'identification : _____ Service : _____

Art. 619996