

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	☐ <u>Second avis / consultation</u> ^b		
	☐ <u>Tests sous-traités</u>	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 106,15 € 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 facturés 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 ____	UNITE : _____ CHAMBRE/LIT : _____ / _____
PRESCRIPTEUR Dr. : _____	PATIENT IDENTIFICATION
I.D. nr. : _____ I.N.A.M.I nr. : _____	EAD-/HOS-nr. : _____
_____	Nom : _____ Prénom : _____
Signature	Adresse : _____
	Date de naissance : _____ Sexe : ____ d d m m j j
ADRESSE prescripteur : _____	INSTITUTION D'ASSURANCE
_____	KG1/KG2 : _____ / _____
TEL. prescripteur : _____	Nr. d'assurance _____ Parenté ____
	Nr. de tribu _____
	Si le paptient est hospitalisé ailleurs, institution _____
	N° d'identification : _____ Service : _____