



**UZ
LEUVEN**

**SECOND OPINION / CONSULT
AANVRAAGFORMULIER**

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

01-2026



Nr. 9995

Identification	Matériel externe		(réservé à UZ Leuven PO)
	Référence labo ext :		
	Nature du prélèvement :		
	Date de prélèvement :/...../ 20.....		
Durée de fixation/ Fixateur	Durée de fixation : ☐ < 6h ☐ 6 - 72h ☐ > 72h		
	Fixateur : ☐ formaldéhyde tamponné 4% / formaline 10% ☐ Congelé ☐ Preservcyt®/Cytosol 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 :	(cachet)
Adresse :	
Laboratoire d'Anatomie pathologique :	
Copie à d'autres médecins :	

DATE DE DEMANDE : HEURES ____ u ____	UNITE : CHAMBRE/LIT : /
PRESCRIPTEUR Dr. :	PATIENT IDENTIFICATION EAD-/HOS-nr. :
I.D. nr. : I.N.A.M.I 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 patient est hospitalisé ailleurs, institution N° d'identification : Service :