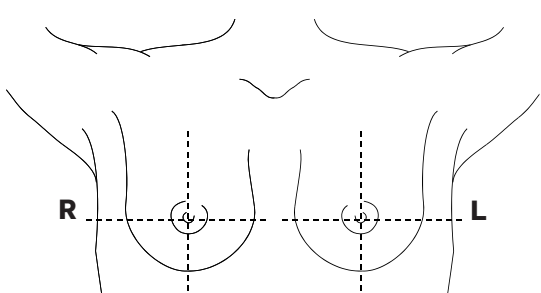


Aanvraag voor histopathologisch onderzoek

Identificatie patiënt		Identificatie voorschrijvende arts	
(bij voorkeur ZH-kleiver of mutualiteitskleiver)			
Naam en voornaam Geboortedatum <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw Adres Mutualiteitsgegevens INSZ nummer Patiëntnummer		Stempel (naam en rizivnr.) en handtekening Datum aanvraag: Kopie aan:	
Datum afname: Uur afname:		<input type="checkbox"/> Fixatie: (uur begin fixatie vermelden!) <u>of</u> <input type="checkbox"/> Vers	
<input type="checkbox"/> FNAC <input type="checkbox"/> tumorectomie <input type="checkbox"/> mastectomie <input type="checkbox"/> bijkomende lymfeknopen <input type="checkbox"/> andere:		<input type="checkbox"/> truecutt <input type="checkbox"/> mammotoom <input type="checkbox"/> aanvullende resectie <input type="checkbox"/> schildwachtlymfeknoop n= <input type="checkbox"/> okseluitruiming	
<input type="checkbox"/> intraoperatief onderzoek Specifieke vraagstelling:		tel. nr. OK of arts	
Op tumorweefsel graag immuunhistochemie voor <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HER2/neu <input type="checkbox"/> Ki 67		OPSOMMING VAN RECIPIËNTEN: 	
ANATOMISCHE LOKALISATIE EN KLINISCHE INLICHTINGEN duid lokalisatie van tumor(en) aan op het schema!			
			

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| grootste tumor diameter: mm | <input type="checkbox"/> klinisch | <input type="checkbox"/> beeldvorming | |
| multifocaal? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | microcalcificaties? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| palpabel? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | harpoen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee stuk RX? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| diagnose tumor pre-operatief? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | welk labo? | histologie? |
| punctie axilla pre-operatief? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | welk labo? | |
| vroegere heelkunde van de borst? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | resultaat | |
| vroegere chemotherapie/radiotherapie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |clips | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |

Het is de verantwoordelijkheid van de aanvragende arts om dit formulier volledig in te vullen en te ondertekenen.

Ruimte voorbehouden voor het labo

Secretaresse	Opmerking / non-conformiteit		
Laborant	Aantal cassettes		
	B	Slide	B
			Slide

