

Aanvraag voor histopathologisch onderzoek

Identificatie patiënt
Identificatie voorschrijvende arts

<p style="text-align: center;">(bij voorkeur ZH-klever of mutualiteitsklever)</p> <p>Naam en voornaam</p> <p>Geboortedatum <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw</p> <p>Adres</p> <p>Mutualiteitsgegevens</p> <p>INSZ nummer</p> <p>Patiëntnummer</p>	<p>Stempel (naam en rizivnr.) en handtekening</p> <p>Datum aanvraag:</p> <p>Kopie aan:</p>
--	--

<p>Datum afname:</p> <p>Uur afname:</p>	<p><input type="checkbox"/> Fixatie: (uur begin fixatie vermelden!) <u>of</u></p> <p><input type="checkbox"/> Vers</p>
---	--

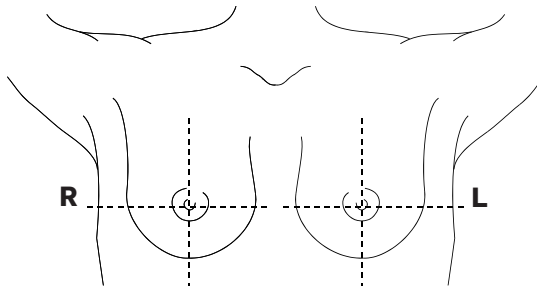
<input type="checkbox"/> FNAC <input type="checkbox"/> tumorectomie <input type="checkbox"/> mastectomie <input type="checkbox"/> bijkomende lymfeknopen <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> truecutt <input type="checkbox"/> mammotoom <input type="checkbox"/> aanvullende resectie <input type="checkbox"/> schildwachtlymfeknoop n= <input type="checkbox"/> okseluitruiming	<input type="checkbox"/> Intraoperatief onderzoek Specifieke vraagstelling:
---	---	---

tel. nr. OK of arts

<p>Op tumorweefsel graag immuunhistochemie voor</p> <p><input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HER2/neu <input type="checkbox"/> Ki 67</p>	<p>OPSOMMING VAN RECIPIËNTEN:</p>
---	--

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?	resultaat
vroegere heelkunde van de borst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neeclips	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
vroegere chemotherapie/radiotherapie?	<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

