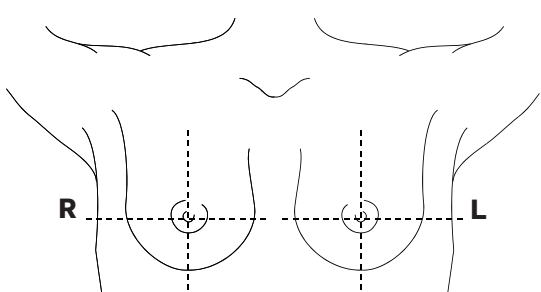


## Aanvraag voor histopathologisch onderzoek

<b>Identificatie patiënt</b>		<b>Identificatie voorschrijvende arts</b>	
(bij voorkeur ZH-klever of mutualiteitsklever)		Stempel (naam en rizivnr.) en handtekening	
Naam en voornaam Geboortedatum <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw</span> Adres Mutualiteitsgegevens INSZ nummer Patiëntnummer		Datum aanvraag: Kopie aan:	
Datum afname: Uur afname:			
<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"/> <b>Intraoperatief onderzoek</b> Specifieke vraagstelling:	<b>tel. nr. OK of arts</b>
Op tumorweefsel graag immuunhistochemie voor <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> HER2/neu <input type="checkbox"/> Ki 67		<b>OPSOMMING VAN RECIPIËNTEN:</b>  <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	
<b>ANATOMISCHE LOKALISATIE EN KLINISCHE INLICHTINGEN</b> 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

