 Centre Universitaire Inter Régional d'Expertise en Anatomie Pathologique Hospitalière	N° du fichier : FO-CU-QUAL-20	FORMULAIRE
	Rédaction : Gwenaël Goffin	Version : 1
	Approbation : Sandrine Rorive	Date de mise en application : 12 septembre 2017
	Validation : Sandrine Rorive	Page 1 sur 4
Demande d'analyse d'une biopsie dermatologique FR-NL		

 Centre Universitaire Inter Régional d'Expertise en Anatomie Pathologique Hospitalière	Centre Universitaire Inter Régional d'Expertise en Anatomie Pathologique Hospitalière : Rue De Borfilet 12A – 6040 Jumet Tél : 071 92 74 44 Fax : 071 92 74 45 Email : @curepath.be
	DEMANDE D'ANALYSE D'UNE BIOPSIE DERMATOLOGIQUE

IDENTIFICATION PATIENT (étiquette ou remplir les champs)	
Nom :	Adresse :
Prénom :
.....
Date de naissance :/...../.....	NISS :
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Code Mutuelle :

MEDECIN PRESCRIPTEUR (cahet + signature)	MEDECIN(S) A INFORMER

DATE DE LA DEMANDE	DATE DU PRELEVEMENT

MODE DE PRELEVEMENT :			
Mise à plat	Curetage	Biopsie	Exérèse

CLINIQUE :		
AGE :	Sexe :	Circonstances cliniques :
Prurit :	Douleur :	Taille de la lésion :
Date du début des lésions :	Evolutivité :	Traitement antérieur :

Demande d'analyse d'une biopsie dermatologique FR-NL**TYPE DE LESION :**Erythème
Bulle

Macule

Papule

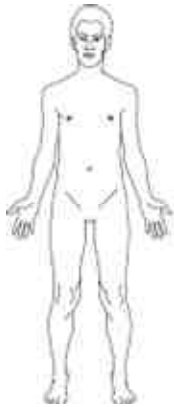
Nodule


Pustule

Vésicule

Ulcération

Autre :

LOCALISATION :

 <small>Centre Universitaire Inter Régional d'Expertise en Anatomie Pathologique Hospitalière</small>	N° du fichier : FO-CU-QUAL-20	FORMULAIRE
	Rédaction : Gwenaël Goffin	Version : 1
	Approbation : Sandrine Rorive	Date de mise en application : 12 septembre 2017
	Validation : Sandrine Rorive	Page 3 sur 4
Demande d'analyse d'une biopsie dermatologique FR-NL		

 <small>Centre Universitaire Inter Régional d'Expertise en Anatomie Pathologique Hospitalière</small>	Centre Universitaire Inter Régional d'Expertise en Anatomie Pathologique Hospitalière : Rue De Borfilet 12A – 6040 Jumet Tél : 071 92 74 44 Fax : 071 92 74 45 Email : @curepath.be
	AANVRAAG ANALYSE VAN EEN DERMATOLOGISCHE BIOPSIE

IDENTIFICATIE PATIENT (klever of velden invullen)	
Naam :	Adres :
Voornaam :
.....
Geboortedatum :/...../.....	NISS :
Geslacht : <input type="checkbox"/> Vrouwelijk <input type="checkbox"/> Mannelijk	Code Ziekenfonds :

VOORSCHRIJVENDE ARTS <small>(stempel + handtekening)</small>	IN TE LICHTEN ARTS(EN)

DATUM VAN DE AANVRAAG	DATUM VAN DE AFNAME

WIJZE VAN AFNAME :

Shaving Curettage Biopsie Excisi

KLINISCH :

Leeftijd : Geschlacht : Klinische omstandigheden :

Juik : Pijn : Grootte van het letsel :

Datum begin van de letsels : Evolutie : Vorige behandeling :

Demande d'analyse d'une biopsie dermatologique FR-NL**TYPE VAN HET LETSEL :**Erytheem
Bulla

Macula

Papel

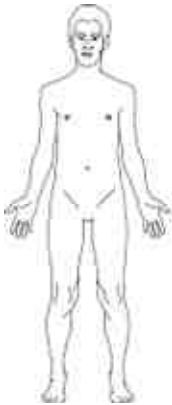
Nodule

Pustel

Blaasje

Ulceratie

Andere :

LOCALISATIE :

Validé le : 18 août 2017

Par : Pr. Sandrine RORIVE