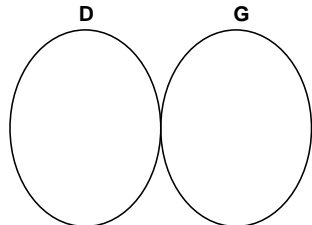


DEMANDE D'ANALYSE D'UNE PONCTION D'UN NODULE THYROÏDIEN**IDENTIFICATION PATIENT (étiquette, ou remplir tous les champs)**

Nom : Adresse :
 Prénom :
 Date de naissance :/...../.....
 Sexe : Féminin Masculin NISS
 Code Mutuelle :

MEDECIN PRESCRIPTEUR (cachet + signature)**MEDECIN(S) A INFORMER****PROTOCOLE ECHOGRAPHIQUE**AUTRE(S) NODULE(S): Oui Non**NODULE:**

LOCALISATION DU NODULE



TAILLE: x x mm

ECHOGENICITE: HYPOECHOGENE

ISOECHOGENE

HYPERECHOGENE

HOMOGENE

HETEROGENE

CALCIFICATION: Non - Micro - Macro

DEGENERESCENCE KYSTIQUE: Non - + ++ +++

PROLIFERATION ENDOKYSTIQUE: Oui Non

DOPPLER:/.....

ADENOPATHIE: Oui Non

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

ATCD : Oui Non**TECHNIQUE PONCTION**Aspect macroscopique: Liquide hémorragique (..... ml)
Liquide citrin (..... ml)

Heure de prélèvement:

N^{bre} de ponction:N^{bre} de lames:

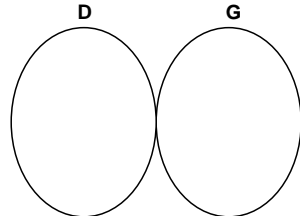
CB :

ANVRAAG ANALYSE VAN ECHOGRAFISCH VAN SCHILDKLIERPUNCTIE**IDENTIFICATIE PATIENT (Klever of velden invullen)**

Naam : Adres :
 Voornam :
 Geboortedatum :/...../.....
 Geslacht : Vrouwelijk Mannelijk NISS
 Code Ziekenfonds :

VOORSCHRIJVENDE ARTS (Stempel + handtekening)**INTELICHTEN ARTS(EN)****ECHOGRAFISCH PROTOCOL**ANDERE NODULE(S) : Ja Nee**NODULE:**

LOCALISATION VAN DE NODULE



GROOTE: x x mm

ECHOGENICITEIT: HYPOECHOGEEN
 ISOECHOGEEN
 HYPERECHOGEEN
 HOMOGEEN
 HETEROGEEN
CALCIFICATIE: Nee - Micro - Macro**KYSTISCHE DEGENERENTIE:** Non - + ++ +++**ENDOKYSTISCHE PROLIFERATIE:** Oui Non**DOPPLER:**/.....**ADENOPATHIE:** Oui Non**KLINISCHE INLICHTINGEN :****ATCD :** Ja Nee**PUNCTIETECHNIEK****Aacrosopisch aspect:** Hemorragish vocht (..... ml)
Citrijn vocht(..... ml)

Uur van de afname:

Aantal puntie(s):

Aantal coupes:.....

CB :.....

Validé le : 18 août 2017

Par : Pr. Sandrine RORIVE