

## DEMANDE D'ANALYSE D'EXAMEN EBUS/EUS

### IDENTIFICATION PATIENT

(étiquette ou remplir tous les champs)

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

*ETIQUETTE B-DOC*

### MEDECIN PRESCRIPTEUR

(cachet + signature)

### MEDECIN(S) A INFORMER

### PRELEVEMENT(S) (remplir tous les champs)

Date : .....

Heure : .....

URGENT

**Liquide et microbiopsie** : rinçage de la seringue dans le tube de formol ou de saccomano (milieu de fixation et transport) = tube 30 ml à bouchon bleu.

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Organe cible (entourez sur le schéma) :

Pathologie suspectée :

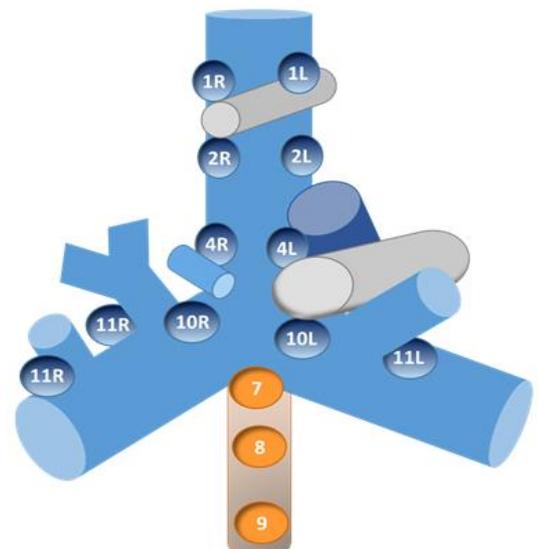
Antécédents carcinologiques (et autres) :

Immunohistochimie à titre pharmacodiagnostique : OUI – NON

Biologie moléculaire : OUI – NON

Pour tout renseignement au sujet de cette demande, vous pouvez nous contacter au 071/92.74.44 ou par mail :

[Myriam.remmelink@curepath.be](mailto:Myriam.remmelink@curepath.be)



### CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN : .....

Nombre de prélèvements : .....