

Identificatie patiënt

Niet in de barcodes schrijven.

ALLE VAKKEN met rood kader
VERPLICHT INVULLEN!

Identificatie aanvragende arts:

Handtekening aanvragende arts:

Dringend

- Ja, versnelde doorwerking (enkel na afspraak, Tel. 3753)
 Ja, resultaat volgende werkdag na 11u30

Tel. aanvragende arts:
(bij dringende aanvragen verplicht in te vullen)

Datum & uur ontvangst

Labonummer

(voorbehouden voor labo)

ID

Kopie aan andere artsen:

Fixatie:

Ischemietijd: __ : __

Fixatietijd: __ : __

Vers NF4 9% NaCl

Klinische/radiologische inlichtingen

Maximale tumordiameter: mm Klinisch Radiologisch

- Multifocaal Multicentrisch
 Microcalcificaties
 Palpabel

Stukradiografie: Ja Nee

Preoperatieve diagnose: Ja Nee Histologie:

Preoperatieve axillaire FNAC: Ja Nee Cytologie:

Eerdere heelkundige ingreep: Ja Nee

Neo-adjuvante radio/chemotherapie: Ja Nee

Harpoen: Ja Nee

Clips: Ja Nee

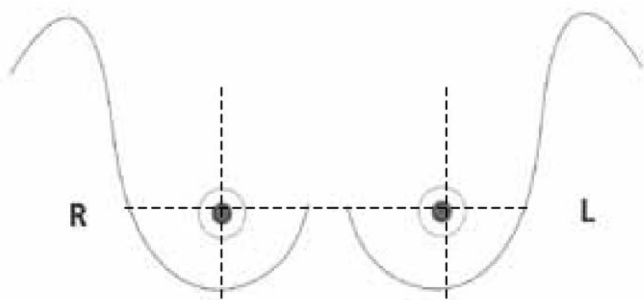
Deppreparaat: Ja Nee Specimennummer(s):

Resultaat deppreparaat

.....

Doorgebeeld aan:

Uur: __ : __ Patholoog:



Graag posities aanduiden van de biopsies/resectiestukken op bovenstaand schema!

Recipiënten

#	Weefseltype	Lokalisatie (ook aanduiden op schema!)	Vraagstelling/opmerking
1	<input type="checkbox"/> Corebiopsie <input type="checkbox"/> Mammotoom <input type="checkbox"/> FNAC <input type="checkbox"/> Sentinel <input type="checkbox"/> Axillaire klieren <input type="checkbox"/> Excisie <input type="checkbox"/> Recoupe	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Centraal <input type="checkbox"/> Superolateraal <input type="checkbox"/> Supermediaal <input type="checkbox"/> Inferolateraal <input type="checkbox"/> Inferomediaal	
2	<input type="checkbox"/> Corebiopsie <input type="checkbox"/> Mammotoom <input type="checkbox"/> FNAC <input type="checkbox"/> Sentinel <input type="checkbox"/> Axillaire klieren <input type="checkbox"/> Excisie <input type="checkbox"/> Recoupe	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Centraal <input type="checkbox"/> Superolateraal <input type="checkbox"/> Supermediaal <input type="checkbox"/> Inferolateraal <input type="checkbox"/> Inferomediaal	
3	<input type="checkbox"/> Corebiopsie <input type="checkbox"/> Mammotoom <input type="checkbox"/> FNAC <input type="checkbox"/> Sentinel <input type="checkbox"/> Axillaire klieren <input type="checkbox"/> Excisie <input type="checkbox"/> Recoupe	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Centraal <input type="checkbox"/> Superolateraal <input type="checkbox"/> Supermediaal <input type="checkbox"/> Inferolateraal <input type="checkbox"/> Inferomediaal	
4	<input type="checkbox"/> Corebiopsie <input type="checkbox"/> Mammotoom <input type="checkbox"/> FNAC <input type="checkbox"/> Sentinel <input type="checkbox"/> Axillaire klieren <input type="checkbox"/> Excisie <input type="checkbox"/> Recoupe	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Centraal <input type="checkbox"/> Superolateraal <input type="checkbox"/> Supermediaal <input type="checkbox"/> Inferolateraal <input type="checkbox"/> Inferomediaal	
5	<input type="checkbox"/> Corebiopsie <input type="checkbox"/> Mammotoom <input type="checkbox"/> FNAC <input type="checkbox"/> Sentinel <input type="checkbox"/> Axillaire klieren <input type="checkbox"/> Excisie <input type="checkbox"/> Recoupe	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Centraal <input type="checkbox"/> Superolateraal <input type="checkbox"/> Supermediaal <input type="checkbox"/> Inferolateraal <input type="checkbox"/> Inferomediaal	
6	<input type="checkbox"/> Corebiopsie <input type="checkbox"/> Mammotoom <input type="checkbox"/> FNAC <input type="checkbox"/> Sentinel <input type="checkbox"/> Axillaire klieren <input type="checkbox"/> Excisie <input type="checkbox"/> Recoupe	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Centraal <input type="checkbox"/> Superolateraal <input type="checkbox"/> Supermediaal <input type="checkbox"/> Inferolateraal <input type="checkbox"/> Inferomediaal	

Bij onvoldoende ruimte, graag continueren van de opsomming van de recipiënten op de achterzijde van deze aanvraag.