



**ST. NIKOLAUS  
HOSPITAL**  
▶ EUPEN ◀



**PATHOLOGISCHE ANATOMIE  
ANATOMIE PATHOLOGIQUE**

Hufengasse 4-8 – B-4700 Eupen

Dr Muriel Burlet

Dr Anne Piron

Dr Eric Lemaire



Sekretariat: 087/ 599.622 - 626



087/ 599.624



secretariat.anapath@hospital-eupen.be

N° de  
référence  
L.A.P.

N° N.D.A. Eupen

Réservé au L.A.P.

Nom : ..... Mutuelle (ou Vignette) : .....

Prénom : ..... N° NISS. : .....

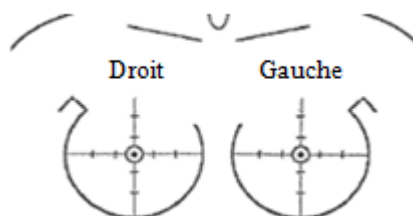
Date de naissance : ..... Adresse : .....

Ambulant  Hospitalisé

DATE / HEURE DE PRÉLÈVEMENT ..... / ..... / ..... H.....

DATE / HEURE DE FIXATION ..... / ..... / ..... H.....

Latéralisation et site de(s) la lésion(s) :



**Examen clinique sénologique :**

**Mamelon** : présence d'une lésion ou d'un écoulement

**Palpation** : lésion palpable  / palpation douteuse  / lésion non palpable  / Inconnu

**Diagnostic** : bénin  / bénin probable  / malin probable  / malin  / Inconnu

**Peau** : rétraction  / ulcération  / érythème

**Taille** (maximum, en cm) : .....

**Ganglions lymphatiques** : NO  / NI  / NX

**Imagerie médicale :**

**Lésion** : présente  / présence douteuse  / absente  / Inconnu

**Taille** (maximum, en cm) : .....

**Type de lésion** : masse solide - tumeur  / kyste  / calcifications  / anomalie de trame  / autre : .....

**Catégories diagnostiques** : ACRI  / ACR2  / ACR3  / ACR4  / ACR5  / Inconnu

**Discordance entre méthodes** : .....

<b>FACTEURS PRONOSTIQUES :</b> SEIN <input type="checkbox"/>	Nombre de pots :	Code(s) examen Réservé au L.A.P.	Code(s) facturation Réservé au L.A.P.
--	------------------	-------------------------------------	--

<b>Date et heure de réception au L.A.P.:</b> ..... Réservé au L.A.P.	Code(s) NC : Réservé au L.A.P.
--	-----------------------------------

Médecin prescripteur :

Copie(s) pour le Dr :

Date :

Signature :

N	W	D

