

Nous ne pourrons pas accéder à votre demande si ce formulaire n'est pas complété entièrement et lisiblement

Date de la demande

Urgent ?

OUI

NON

Médecin Demandeur

Nom, Prénom

+ signature/cachet

Numéro INAMI

Personne de contact

N° de téléphone/fax

Données du patient

Nom et prénom

N° de dossier Bordet

Date de naissance

Description de la demande

Date de l'intervention / du prélèvement :

N° réf de blocs internes / lames internes IJB et sous-n°, *souhaitable*

N° réf de blocs externes / lames externes et adresse du laboratoire externe:

Lames blanches et épaisseur :

- Nombre de lames souhaitées

- 4 µm: H&E et IHC (une lame / marquage)

- 7 à 10 µm: extraction ARN/ADN

Raison de la demande :

Test diagnostique

Relecture lame

Autre

Si Etude Clinique, joindre PROTOCOLE :

Société Pharmaceutique:

N° Comité d'Ethique:

N°EUDRACT:

N° du patient dans l'étude :

Sponsor- N°protocole

Si vous n'indiquez pas ces informations sur la demande, nous ne serons pas en mesure de procéder à la facturation.

Accord du responsable:

OUI

NON

Nom du responsable

Signature