

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

Date de la demande	
Urgent ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 :	
<input type="checkbox"/> N° réf de <u>blocs internes / lames internes</u> IJB et sous-n°, <i>souhaitable</i>	
<input type="checkbox"/> N° réf de <u>blocs externes / lames externes</u> et adresse du laboratoire externe:	
Lames blanches et épaisseur :	
- Nombre de lames souhaitées	
- 4 µm: H&E et IHC (une lame / marquage) <input type="checkbox"/>	
- 7 à 10 µm: extraction ARN/ADN <input type="checkbox"/>	

Raison de la demande :	
Test diagnostique <input type="checkbox"/>	Relecture lame <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Nom du responsable

Signature