

DEMANDEUR :

Nom :
Prénom :
Service :
N° INAMI :

Date de la demande :

DONNÉES PATIENT :

Nom :	
Prénom :	
Age :	
Sexe :	
Décédé(e) le :	Heure du décès :
Nom du médecin de salle :	Téléphone :
N° du dossier :	N° des biopsies antérieures :

DIAGNOSTIC CLINIQUE :

ÉVOLUTION TERMINALE :

PROBLÈMES CLINIQUES À ÉLUCIDER :

SIGNATURE ET CACHET DU DEMANDEUR :