DEMANDE D'ANALYSES SUR BIOPSIE

PATIENT
Nom : …………….....…….................................. Prénom : ....…
Date de naissance : .... /........... /............ Sexe : ❑ M / ❑ F
Adresse : ………………………………………………………………………

MEDECIN PRESCRIPTEUR (Cachet, date et signature)

Code analyse laboratoire

COPIE A :

❑ AMBULANT ❑ HOSPITALISE (service : ....)

DATE ET HEURE du prélèvement : .... /....... /..........

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :
……

TYPE DE PRELEVEMENT :

- **GANGLION :**
  Localisation : ………………………………………………………………………………
- **RATE**
- **AUTRE BIOPSIE :** ………………………………………………………………………………

CHU HELORA - Site Jolimont

❑ CYTOLOGIE Laboratoire d'hématologie (Tél. 064 23 41 02)	GANGL	**1 Pot stérile** (prélèvement sur une compresse imbibée d'eau physiologique)
❑ CYTOMETRIE EN FLUX Laboratoire d'hématologie (Tél. 064 23 41 02)	CMFFR	
❑ RECHERCHE DE BK Laboratoire de microbiologie (Tél. 064 23 40 93)	BKGGL	

Institut de Pathologie et de Génétique (Tél. 071 44 71 13)

❑ ANATOMO-PATHOLOGIE	GGLANAPATH	**1 Pot avec formol**
❑ CYTOGENETIQUE ❑ FISH ❑ MICROARRAY ❑ BIOLOGIE MOLECULAIRE	GGLBIOLMOL	**1 Pot stérile** (prélèvement sur une compresse imbibée d'eau physiologique)

Cliniques Universitaires Saint-Luc (Tél. 02 764 67 26)

❑ PCR Bartonella Henselae	GGLBARTO	**1 Pot stérile** (prélèvement sur une compresse imbibée d'eau physiologique)

Les prélèvements doivent être adresser au laboratoire de Jolimont (transfert dans les 4 heures suivant le prélèvement) qui se chargera de l'envoi vers les différents centres. ***EVITER, SAUF, URGENCE VITALE, DE PRELEVER LE VENDREDI !!!***