 <p>HEILIGHART ALGEMEEN ZIEKENHUIS LIER ANATOMO-PATHOLOGIE Prof. Dr. Marc Ramael Dr. Wim Develter Tel.: 03 491 29 31 Fax: 03 491 29 33 Email: anatomo@heilighartlier.be</p>	↓ Voorbehouden labo anatomo – pathologie ↓	
	Datum en uur ontvangst: / / 20..... u min	ID <input type="text"/>

AANVRAAG HISTOPATHOLOGISCH ONDERZOEK BORST

*** VERPLICHT IN TE VULLEN A.U.B.**

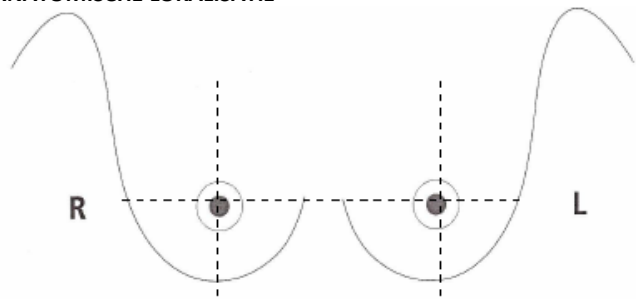
PATIËNTGEGEVENS (KLEVER) * Naam: Voornaam: Geboortedatum: INSZ nr.: Adres:	DATUM AFNAME: * / /
	UUR AFNAME: * u min
	BEGIN FIXATIE: * u min
	DRINGEND: O
	REDEN: *
	TEL. OK OF ARTS*:
	AANVRAGENDE ARTS *
	HANDTEKENING*
KOPIE AAN:	UW REF.:

O INTRAOPERATIEF ONDERZOEK: SPECIFIEKE VRAAGSTELLING:

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="radio"/> FNAC | <input type="radio"/> TRUE CUT | <input type="radio"/> MAMMOTOOM |
| <input type="radio"/> TUMORECTOMIE | <input type="radio"/> AANVULLENDE RESECTIE | <input type="radio"/> BIJKOMENDE LYMFEEKNOPEN |
| <input type="radio"/> MASTECTOMIE | <input type="radio"/> SCHILDWACHTLYMFEEKNOOP N= | |
| <input type="radio"/> OKSELRUIMING | <input type="radio"/> ANDERE: | |

IMMUUNHISTOCHEMIE VOOR: ER PR HER2/neu Ki67

FIXATIE: VERS FORMOL 4% CYTORICH ANDERE:.....

ANATOMISCHE LOKALISATIE 	DEELNUMMERING RECIPIËNTEN
---	----------------------------------

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| GROOTSTE TUMOR DIAMETER: mm | <input type="radio"/> KLINISCH | <input type="radio"/> BEELDVORMING |
| MULTIFOCAL? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE | MICROCALCIFICATIES? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE | |
| PALPABEL? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE | HARPOEN? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE | |
| STUK RX? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE | | |
| DIAGNOSE TUMOR PRE-OPERATIEF? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE | HISTOLOGIE: | |
| PUNCTIE AXILLA PRE-OPERATIEF <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE | RESULTAAT: | |
| VOORGESCHIEDENIS: | | |
| HEELKUNDE VAN DE BORST <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE | | |
| CHEMOTHERAPIE/RADIOTHERAPIE <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE | CLIPS: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE | |