|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *avenue Hippocrate 10**1200 Bruxelles**BELGIQUE* | **SERVICE D’ANATOMIE PATHOLOGIQUE***Chef de Service : Prof. Ch. Galant* *Prof. S. Aydin, Dr. P. Baldin, Prof. A. Camboni, Dr Caminoa M., Dr. C. Dachelet,* *Dr. H. Dano, Dr. L. Daoud,* *Prof. A.K. De Roo, Dr Q. Fontanges, Dr A. François,* *Dr Gonzalez, A. Dr. D. Hoton, Prof. E. Marbaix, Prof. L. Marot, Dr. G. Schmit, Dr. L.-P. Secco, Dr V. Siozopoulou, Prof. M. Van Bockstal, Dr. P.Van Eeckhout, Dr. J. Vanhaebost**Responsable Opérationnel : Dr Sc Y. Guiot* |   |

**BON DE DEMANDE D’ANALYSE d’ANATOMie PATHOLOGIQUE: dermatopathologie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification médecin Prescripteur****Nom**\***:** ..………………………..……………………………………………….**N° INAMI**\*..……………………………………………………………………**Signature\*:** **Hôpital / Site / Entité:** …………………………..………………………………………………………**Copies à adresser à:**…………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………….................... | **IDENTIFICATION (ou ETIQUETTE) DU PATIENT**  **Nom**\***:** …………………………………………………..……………….**Date de naissance**\***:** ..…………..…………………………………..**Sexe** : M / F **Adresse**\***:** ……………………..……………………………………….. ……………………………………………………………………………**NISS:** ..………………………………………………………………….**Mutuelle:** ..…………………………………………….…….…………**Codes titulaires:** ….…/…….. *\* Obligatoire* |

|  |
| --- |
| **Nature du prélevement et examen(s) demandé(s) (à cocher):** * Biopsie cutanée / muqueuse: ○ Histologie (formol)

○ Immuno fluorescence directe (IFD, Milieu de Michel)* Sérum (tube sec) pour mise au point: IFI ± Elisa
* Sérum (tube sec) pour suivi: Elisa
 |

|  |
| --- |
| **identification des prelevements / schema** **Date de prélèvement: ……./……./……….** |
| Date de début de(s) lésion(s): ………………………………. ○ Prurit ○ Douleur

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| face seule | Site(s) de prélèvement: …………………………………..…………………………………..………………………………….………………………………….…………………………………..…………………………………..…………………………………… |  |

***Nombre total de prélèvements envoyés au laboratoire: …………***  *Suite au verso à* |

|  |
| --- |
| **Renseignements cliniques, hypotheses diagnostiques et traitement(s) en cours:** Antécédents néoplasiques connus: oui / non (si oui, préciser : ……………………………………………………………..……..) |

**Maladies bulleuses auto-immunes**

 **Date de prélèvement: ……./……./………. Sérum /Tube sec uniquement**

 **informations complémentaires**

|  |
| --- |
| Clinique: |
| Diagnostic retenu/suspecté: | Traitements: |
| **Résultats antérieurs** |
| Histologie / Diagnostic: | IFD:  |
| IFI:  |
| Elisa:  |