|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *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: | |