



N° de réception IPG  
+ code-barre

N° d'analyse IPG  
+ code-barre

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....

**NISS** : ..... Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe :  M  F

**ou Vignette mutuelle ou Etiquette de l'hôpital avec NISS**

**Attention** : Pour l'identification sans risque d'erreur des **patients belges**, le **n° NISS est obligatoire** sous peine de renvoi du prélèvement. **Pour les patients non-belges (sans NISS)**, merci de bien vouloir mentionner leur adresse postale.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Cachet du médecin prescripteur avec **n° INAMI**  
**et signature (obligatoires)** :

Hôpital / Institution : .....

Date de la prescription : ..... / ..... / .....

Nom, prénom et **n° INAMI (obligatoire)** du médecin en copie :

**N° INAMI** du médecin en copie : .....

**Résultat urgent**

N° de téléphone si urgence : .....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET TYPES DE DEMANDE D'ANALYSE **OBLIGATOIRES**

Date et heure du prélèvement : ..... / ..... / ..... à ..... h ..... Date et heure de fixation : ..... / ..... / ..... à ..... h .....

Blocs ext. : Fixation dans du formol neutre 10% :  <6h  6 - 72h  >72h

Nom et prénom du préleveur (si différent du médecin prescripteur) : .....

**Type d'analyses** :  Histologie (formol)  Immunohistochimie  Cytologie  Etude

PCR  NGS  FISH  Microscopie électronique

**Nombre de flacon(s)** : .....

**Renseignements cliniques (suite au verso)** :



INFORMATIONS DE TRAITEMENT – **RÉSERVÉ IPG**

Codes de « techniques internes » :

**Zone réservée à l'IPG**

A	F	K
B	G	L
C	H	M
D	I	N
E	J	O

Remarques :

Durée de fixation :  <6h  6 - 72h  >72h

## INFORMATIONS DE TRAITEMENT – RÉSERVÉ IPG

Codes « bible » :

Zone réservée à l'IPG


Codes de « tarification » :

Histologie		Immuno-histochimie/ISH		Cytologie	
588011		588070		589853	
588033		588071		905354	
588114		588976		588895	
588232		587075		588873	
588254		587090		588394	
588276		588534		588416	
588291		000099		000099	
588070					
588534					
587112					
000099					