

\* renseignements obligatoires (à défaut, le dossier fera l'objet d'une non-conformité)

<p><b>Patient</b></p> <p>Matricule#, sexe*                                       <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Nom* (Nom de naissance) _____</p> <p>Nom d'époux _____</p> <p>Prénom* _____</p> <p>Date de naissance _____</p> <p>N° et rue* _____</p> <p>CP, Localité* _____</p>	<p><b>Médecin prescripteur</b></p> <p>Nom, prénom* _____</p> <p>Code médecin* _____</p> <p>Adresse e-mail* _____</p> <p>N° téléphone* _____</p> <p>Établissement de santé _____</p> <p>Signature* _____</p>
---	---

#matricule = CNS uniquement ; ajouter ici les autres numéros d'assurance sociale

**Copies pour (nom\*, prénom\*, code médecin) :** \_\_\_\_\_

**Conditionnement**

Nombre de flacons\* : \_\_\_\_\_      Date du prélèvement\* :    /    /      Heure du prélèvement\* :    h/    min

Prélèvement\* :     fixé     non fixé

Punch biopsie <input type="checkbox"/>	Punch exérèse <input type="checkbox"/>	Shave <input type="checkbox"/>	Biopsie <input type="checkbox"/>	Exérèse chirurgicale <input type="checkbox"/>	IF <input type="checkbox"/>	ME <input type="checkbox"/>
--	--	--------------------------------	----------------------------------	---	-----------------------------	-----------------------------

**Localisation de la lésion, renseignements cliniques et hypothèse(s) diagnostique(s) clinique(s)\***

*En cas de plusieurs échantillons, veuillez les numéroter et préciser la localisation et le type d'intervention chirurgicale (biopsie ou exérèse) pour chacun. Si disponible, merci de nous adresser une photo clinique de la lésion : Pathologie@lns.etat.lu*

**Lésion mélanocytaire:**

Taille clinique : \_\_\_\_\_      Suspicion de mélanome : oui  / non

Ancienneté de la lésion : congénitale  / récente  / inconnue

Modifications récentes : taille  / couleur  / ulcération

Contexte clinique: traumatisme /biopsie antérieure (récurrence) /UV /Grossesse / Sd. Nævus dysplasique

---

**Lésion inflammatoire:**

Unique  /multiple , distribution des lésions : .....

Symptômes cliniques associés : Prurit  / Fièvre  / Autre: .....

Contexte clinique : immunosuppression  / transplant  / thérapie biologique  / arthrite rhumatoïde  / sarcoïdose  / M. de Crohn  / lupus  / Autre : .....

Infection : HIV  / HSV  / TBC  / Syphilis  / Borréliose  /Autre : .....

Réservé au service d'anatomie pathologique			
<p><b>DaVinci</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; background-color: #ccc;"></div> <p>Paraphe et date :</p>	<p><b>Étape de traitement</b></p> <p>Vérification technique (Paraphe et date):</p> <p>Coupe (paraphe):</p>	<p><b>Non-conformité</b></p> <p>Pré-analytique <input type="checkbox"/></p> <p>Analytique <input type="checkbox"/></p> <p>Post-analytique <input type="checkbox"/></p> <p>NC résolu <input type="checkbox"/></p>	<p><b>GLIMS</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; background-color: #ccc;"></div> <p>Paraphe et date :</p>