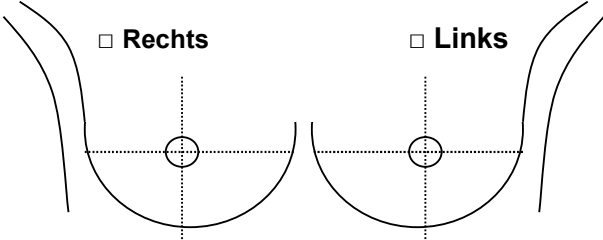




## AANVRAAG NAALDBIOPSIE (CNB) VAN DE BORST

<p><b>Identificatie van de patient (naam en voornaam, geboortedatum, geslacht, bij voorkeur ook adres- en mutualiteitsgegevens)</b></p>  <p>Onze referenties :</p>	<p><b>Identificatie van de aanvragende arts (naam en voornaam, RIZIV-nummer, handtekening)</b></p>  <p>Datum en uur staalafname :</p> <p>Kopie(ën) aan arts(en) :</p>
<p><b>Medische voorgeschiedenis</b></p> <p>Geen <input type="checkbox"/> / Ongekend <input type="checkbox"/> / Gekend (geef uitleg):.....</p> <p>Behandeling/medicatie:..... Patiënte zwanger <input type="checkbox"/></p> <p>Referenties van voorafgaande AP onderzoeken: .....</p>	
<p><b>OPGELET! GEBRUIK DE AANGEPASTE STAALPOT</b> <span style="float: right;">Tijdstip van fixatie: ..... uur .... minuten</span></p> <p><b>AANVRAAG TOT FARMOCODIAGNOSTISCHE MERKERS :</b> <input type="checkbox"/> RO / <input type="checkbox"/> RP / <input type="checkbox"/> c-erbB-2 / <input type="checkbox"/> FISH / SISH (in het kader van een programma van erkende oncologische zorgen)</p>	
<p><b>Anatomische lokalisatie van het/de letsels (indien bilateraal, 2 aanvragen)</b></p> <div style="text-align: center;">  </div>	
<p><b>Klinisch borstonderzoek</b></p> <p><b>Tepel:</b> letsel of vochtverlies <input type="checkbox"/> <span style="float: right;"><b>Huid:</b> retractie <input type="checkbox"/> / ulceratie <input type="checkbox"/> / erythem <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>Palpatie:</b> palpeerbaar letsel <input type="checkbox"/> / twijfelachtig <input type="checkbox"/> / niet palpeerbaar <input type="checkbox"/> / ongekend <input type="checkbox"/> <span style="float: right;"><b>Afmetingen</b> van het letsel (maximaal, in cm):.....</span></p> <p><b>Diagnose:</b> goedaardig <input type="checkbox"/> / waarschijnlijk GA <input type="checkbox"/> / waarschijnlijk KA <input type="checkbox"/> / kwaadaardig <input type="checkbox"/> / ongekend <input type="checkbox"/></p> <p><b>Lymfeklieren :</b> N0 <input type="checkbox"/> / N1 <input type="checkbox"/> / NX <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Medische beeldvorming</b></p> <p><b>Letssel:</b> aanwezig <input type="checkbox"/> / twijfelachtig <input type="checkbox"/> / afwezig <input type="checkbox"/> / ongekend <input type="checkbox"/> <span style="float: right;"><b>Afmetingen</b> (maximaal, in cm):.....</span></p> <p><b>Aard van letssel:</b> solide massa of tumor <input type="checkbox"/> / cyste <input type="checkbox"/> / calcificaties <input type="checkbox"/> / verstoorde architectuur <input type="checkbox"/> / andere* <input type="checkbox"/></p> <p><b>Radiologische indeling</b> ACR 1 <input type="checkbox"/> / ACR 2 <input type="checkbox"/> / ACR 3 <input type="checkbox"/> / ACR 4 <input type="checkbox"/> / ACR 5 <input type="checkbox"/> / ongekend <input type="checkbox"/></p> <p><b>Discordantie tussen verschillende onderzoeken:</b> .....</p>	
<p><b>Procedure van het staal</b></p> <p><b>Type van naald:</b> Manuele tru-cut <input type="checkbox"/> / Automatisch pistool <input type="checkbox"/> / Mammotoom-Vacora <input type="checkbox"/> / andere* <input type="checkbox"/> <span style="float: right;"><b>Diameter van naald (gauge):</b>.....</span></p> <p><b>Lokalisatie:</b> palpatie <input type="checkbox"/> / stereotaxie RX <input type="checkbox"/> / echografisch <input type="checkbox"/> / andere* <input type="checkbox"/></p> <p><b>Adequaatheid:</b> naald in het letsel <input type="checkbox"/> / twijfelachtig <input type="checkbox"/> / naald naast het letsel <input type="checkbox"/> / ongekend <input type="checkbox"/></p> <p><b>Calcificaties in controle RX van het biopsiemateriaal:</b> aanwezig <input type="checkbox"/> / twijfelachtig <input type="checkbox"/> / afwezig <input type="checkbox"/> / niet verricht <input type="checkbox"/></p> <p><b>Aantal cilinders met calcificaties/totaal aantal:</b> ...../..... <b>Letssel volledig verwijderd:</b> ja <input type="checkbox"/> / nee <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>(*) Commentaar:</b></p>	