



Service
d'Anatomie
Pathologique

Place Van Gehuchten 4,
1020 Bruxelles

Tél. : 02/477 25 56
Fax : 02/477 21 64

FORMULAIRE

Demande : MOHS

Fichier : FO-ADM-032

Version : 01

Date de mise en application : 20/01/2026

Page 1/2

Rédacteur : Extérieur

Vérificateur : A. Bouysantiman

Approbateur : Dr. V. Segers

Etiquette/Données du patient :

Médecin prescripteur (cachet + signature)

.....

.....

.....

Copie à :

.....

Date et heure de prélèvements :

☐ URGENT

Nombre total de prélèvements :

Protocoles antérieurs :

☐ MOHS 1

☐ MOHS 2

☐ MOHS 3

☐ Histologie préalable

☐ Taille pièce opératoire : ☐ Taille tumeur : ☐ Marges :

 toujours fils à 12h

Localisation : VOIR SCHEMA AU VERSO

Renseignements cliniques :

.....

.....

.....

.....

☐ MUFFIN

☐ TUBINGEN

☐ MULTIPLES

