



Service
d'Anatomie
Pathologique

Place Van Gehuchten 4,
1020 Bruxelles

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

FORMULAIRE

Demande : Biopsie cutanée

Fichier : FO-ADM-.033

Version :01

Date de mise en application :21/01/2026

Page 1/1

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 :

☐ **MICROSCOPIE OPTIQUE**

☐ **MISE A PLAT**

☐ **CURETAGE**

☐ **PUNCH BIOPSIE**

☐ **PUNCH HoVert**

☐ **BIOPSIE ELLIPTIQUE**

☐ **EXERESE IN TOTO**

Macroscopie : Punch :mm

Taille de la pièce opératoire :mm x.....mm

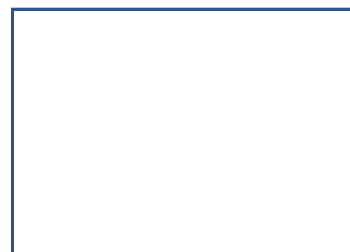
Site d'excision:

.....

Renseignements cliniques

Dessin pièce opératoire + :
orientation (toujours fil à midi):

.....
.....
.....
.....
.....



Taille de la tumeur :..... mm

Marges : mm

Photographie dans dossier patient : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Diagnostics différentiels

.....
.....
.....

Remarque