

# Voorschrift en aanvraag voor biopsie of cytologisch onderzoek

Modaliteiten voor aanvragen zijn beschikbaar in de labogids via Intranet > Medische diensten > Pathologische anatomie

<b>PATIËNTENIDENTIFICATIE</b> Naam: ..... Geboortedatum: .....	Voorschrijver: ..... Kopie aan: ..... Datum: ..... Stempel en handtekening:
--	--

FARMACODIAGNOSTISCHE EN MOLECULAIRE TESTEN	CYTOLOGIE		
<input type="checkbox"/> ER/PR/HER2Ki67 <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> IHC <input type="checkbox"/> ALK <input type="checkbox"/> ROS <input type="checkbox"/> PDL1 (CPS TPS IC) <input type="checkbox"/> Pan TRK <input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Borstpunctie <input type="checkbox"/> Brushing luchtwegen <input type="checkbox"/> Bronchusaspiraaf <input type="checkbox"/> Punctie (sub)cutaan <input type="checkbox"/> Douglasvocht <input type="checkbox"/> Galweg borsteling <input type="checkbox"/> Endometrium cytologie <input type="checkbox"/> Gewrichtspunctie <input type="checkbox"/> Lever punctiecytologie <input type="checkbox"/> Cytologie EBUS <input type="checkbox"/> Cytologie echo-endo	<input type="checkbox"/> Liquor (lumbaal vocht, CSV) <input type="checkbox"/> Lymfeklier (specifieer bij K.I.) <input type="checkbox"/> Ovarium punctie cytologie re/li/bilateraal* <input type="checkbox"/> Pancreaspunctie cytologie <input type="checkbox"/> Pericardvocht <input type="checkbox"/> Pleuravocht <input type="checkbox"/> Retroperitoneum punctie <input type="checkbox"/> Schildklierpunctie <input type="checkbox"/> Punctie cytologie speekselklier <input type="checkbox"/> Punctie cytologie spier <input type="checkbox"/> Blaasspoelvocht <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Urine na cystoscopie	<input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Tepelvocht re/li/bilateraal* <input type="checkbox"/> Testis cytologie <input type="checkbox"/> Punctie cytologie thoraxwand <input type="checkbox"/> Wondvocht  <input type="checkbox"/> Andere cytologie: specifieer bij K.I.
AUTOPSIE			
<input type="checkbox"/> Autopsie foetus 14 – 24w <input type="checkbox"/> Autopsie foetus > 24w <input type="checkbox"/> Autopsie baby <input type="checkbox"/> Autopsie kind / volwassene			

BIOPSIES			
INWENDIGE GENEESKUNDE	RADIOLOGIE	NEUROCHIRURGIE	UROLOGIE
<input type="checkbox"/> Beenmerg: coagulum/botboor/uitstrijkjes* <input type="checkbox"/> Bronchusbiopsie <input type="checkbox"/> Colon (specifieer bij K.I.) <input type="checkbox"/> Duodenum <input type="checkbox"/> Galweg biopsie <input type="checkbox"/> Ileum <input type="checkbox"/> Jejunum <input type="checkbox"/> Longbiopsie transbronchiaal <input type="checkbox"/> Maag <input type="checkbox"/> Nierpunctie biopsie <input type="checkbox"/> Pancreasbiopsie <input type="checkbox"/> Slokdarm <input type="checkbox"/> Andere: specifieer bij K.I.	<input type="checkbox"/> Bijnierpunctie re/li/bilat.* <input type="checkbox"/> Borst: corebiopt re/li/bilat.* <input type="checkbox"/> Borst: vacuumbiopt (mammotoom) re/li/bilat.* <input type="checkbox"/> Lever punctie tumorpathologie <input type="checkbox"/> Lever punctie functionele pathologie <input type="checkbox"/> Transthoracale punctiebiopsie <input type="checkbox"/> Punctiebiopsie andere localisatie (specifieer bij K.I.) <input type="checkbox"/> Lymfeklier corebiopt (specifieer bij K.I.) <input type="checkbox"/> Punctiebiopsie omentum <input type="checkbox"/> Pancreas punctiebiopsie <input type="checkbox"/> Punctiebiopsie retroperitoneum <input type="checkbox"/> Punctiebiopsie speekselklier re/li* <input type="checkbox"/> Punctiebiopsie thoraxwand <input type="checkbox"/> Punctie parasternaal <input type="checkbox"/> Andere: specifieer bij K.I.	<input type="checkbox"/> Cerebellum biopsie <input type="checkbox"/> Cerebellum tumorectomie <input type="checkbox"/> Cerebrum biopsie <input type="checkbox"/> Cerebrum tumorectomie <input type="checkbox"/> Discus <input type="checkbox"/> Huid <input type="checkbox"/> Meningen tumorectomie <input type="checkbox"/> Hypofyse biopsie <input type="checkbox"/> Hypofyse tumorectomie <input type="checkbox"/> Ruggenmerg biopsie <input type="checkbox"/> Ruggenmerg tumorresectie <input type="checkbox"/> Wervelzuil	<input type="checkbox"/> Blaasbiopt(en) <input type="checkbox"/> Blaas: partiële cystectomie <input type="checkbox"/> Blaas: cystectomie totaal <input type="checkbox"/> Blaas: cystectomie + lymfeklieren <input type="checkbox"/> Breukzak <input type="checkbox"/> Circumcisio (voorhuid) <input type="checkbox"/> Ductus deferens re/li* <input type="checkbox"/> Epididymis biopsie re/li* <input type="checkbox"/> Epididymis resectie re/li* <input type="checkbox"/> Epitestis re/li/bilateraal* <input type="checkbox"/> Huid <input type="checkbox"/> Liesbreuk <input type="checkbox"/> Lymfeklier(en) (specifieer bij K.I.) <input type="checkbox"/> Nier: tumorectomie re/li* <input type="checkbox"/> Nier: nefrectomie re/li* <input type="checkbox"/> Penis biopsie <input type="checkbox"/> Penis amputatie (partieel/totaal*) <input type="checkbox"/> Prostaat: punctiebiopsie <input type="checkbox"/> Prostaat: adenectomie <input type="checkbox"/> Prostatectomie radicaal <input type="checkbox"/> Prostatectomie radicaal met klieren re/li* <input type="checkbox"/> Prostaat: TUR/HoLEP/MiLEP <input type="checkbox"/> PUJ <input type="checkbox"/> Pyelum <input type="checkbox"/> Testisbiopsie re/li/bilateraal* <input type="checkbox"/> Testis, resectie niet-tumoraal re/li* <input type="checkbox"/> Testis: resectie voor tumor re/li* <input type="checkbox"/> Ureter biopsie re/li* <input type="checkbox"/> Ureter resectie re/li* <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Andere: specifieer bij K.I.
		PLASTISCHE HEELKUNDE	
		<input type="checkbox"/> Abdominoplastie <input type="checkbox"/> Borst mastectomie re/li* <input type="checkbox"/> Borst reductie re/li* <input type="checkbox"/> Huid (specifieer bij K.I.) <input type="checkbox"/> Huid (specifieer bij K.I.)+ sentinel <input type="checkbox"/> Lipoom boven fascia <input type="checkbox"/> Lipoom onder fascia <input type="checkbox"/> Sentinel klier <input type="checkbox"/> Andere: specifieer bij K.I.	
	DERMATOLOGIE		
	<input type="checkbox"/> Huidbiopt functionele pathologie <input type="checkbox"/> Huidbiopt: tumor of pigmentletsel (specifieer localisatie bij K.I.) <input type="checkbox"/> Nagel		

<b>KLINISCHE INLICHTINGEN</b> (*: omcirkel bij aard weefsel wat van toepassing is) ..... ..... ..... ..... .....
---

<b>PATIËNTENIDENTIFICATIE</b> Naam: ..... Geboortedatum: .....	Voorschrijver: ..... Kopie aan: ..... Datum: ..... Stempel en handtekening:
--	--

**BIOPSIES (VERVOLG)**

ALGEMENE HEELKUNDE	GYNAECOLOGIE	ORL	
<input type="checkbox"/> Abdominoplastie <input type="checkbox"/> (peri)anaal <input type="checkbox"/> Aorta <input type="checkbox"/> Appendix <input type="checkbox"/> Arterie (specifieer)..... <input type="checkbox"/> Zenuw/ganglion* <input type="checkbox"/> Bijnier biopsie re/li/bilateraal* <input type="checkbox"/> Bijnier resectie re/li/bilateraal* <input type="checkbox"/> Cytologie: specificeer..... <input type="checkbox"/> Breukzak <input type="checkbox"/> Buikwand <input type="checkbox"/> Colectomie: (specifieer bij k.i.) <input type="checkbox"/> Colostoma resectie <input type="checkbox"/> Dundarm resectie <input type="checkbox"/> Douglas biopt <input type="checkbox"/> Galblaas <input type="checkbox"/> Hemorrhoiden <input type="checkbox"/> Huidbiopt (specifieer bij k.i.) <input type="checkbox"/> Ileostoma resectie <input type="checkbox"/> Lever: heelkundig biopt <input type="checkbox"/> Lever: partiële hepatectomie <input type="checkbox"/> Liesbreuk <input type="checkbox"/> Lipoom boven fascia <input type="checkbox"/> Lipoom onder fascia <input type="checkbox"/> Long: lobectomie(specifieer bij k.i.) <input type="checkbox"/> Long: pneumonectomie re/li* <input type="checkbox"/> Long: wigresectie <input type="checkbox"/> Long: heelkundig biopt <input type="checkbox"/> Longo <input type="checkbox"/> Lymfeklier (specifieer bij k.i.) <input type="checkbox"/> Maag: partiële gastrectomie <input type="checkbox"/> Maag: totale gastrectomie <input type="checkbox"/> Maag: sleeve <input type="checkbox"/> Mediastinoscopie <input type="checkbox"/> Milt <input type="checkbox"/> Navel <input type="checkbox"/> Omentectomie <input type="checkbox"/> Pancreas: biopsie <input type="checkbox"/> Pancreas: staart resectie <input type="checkbox"/> Pancreas: whipple resectie <input type="checkbox"/> Paraganglion <input type="checkbox"/> Pericard biopt <input type="checkbox"/> Perifere zenuwen: biopsie <input type="checkbox"/> Perifere zenuwen: tumorresectie	<input type="checkbox"/> Perineum <input type="checkbox"/> Peritoneumbiopsie <input type="checkbox"/> Pleura biopsie (re/li/bilateraal*) <input type="checkbox"/> Rectum resectie endolumineel <input type="checkbox"/> Rectum resectie apra-tme <input type="checkbox"/> Rectum resectie tme <input type="checkbox"/> Retroperitoneum biopsie <input type="checkbox"/> Retroperitoneum tumorresectie <input type="checkbox"/> Sacrococcygeale cyste <input type="checkbox"/> Slokdarmresectie <input type="checkbox"/> Spierbiopt ( <b>aub vers voor 14u</b> ) <input type="checkbox"/> Spier: tumorresectie <input type="checkbox"/> Subcutaan biopt <input type="checkbox"/> Sympatisch zenuwstelsel <input type="checkbox"/> Teen <input type="checkbox"/> Thoraxwand <input type="checkbox"/> Thrombus <input type="checkbox"/> Thymus <input type="checkbox"/> Vene <input type="checkbox"/> Andere: specificeer bij k.i.	<input type="checkbox"/> Bartholincyste <input type="checkbox"/> Borst mastectomie re/li/bilat* <input type="checkbox"/> Borst mastectomie met oksel re/li/bilat* <input type="checkbox"/> Borst mastectomie met sentinel re/li/bilat* <input type="checkbox"/> Borst mastectomie met sentinel en oksel re/li/bilat* <input type="checkbox"/> Borst tumorectomie re/li/bilat* <input type="checkbox"/> Borst tumorectomie met sentinel re/li/bilat* <input type="checkbox"/> Borst tumorectomie met sentinel en oksel re/li/bilat* <input type="checkbox"/> Borst: subcutane mastectomie re/li/bilat* <input type="checkbox"/> Buikwand <input type="checkbox"/> Cytologie (specifieer bij k.i.) <input type="checkbox"/> Cervix biopsie(s) (specifieer bij k.i.) <input type="checkbox"/> Cervix: conisatie/lletz* <input type="checkbox"/> Curettage endometrium <input type="checkbox"/> Debulking <input type="checkbox"/> Douglas biopt <input type="checkbox"/> Eileider re/li/bilateraal <input type="checkbox"/> Huid (specifieer bij k.i.) <input type="checkbox"/> Lymfeklier (specifieer lokalisatie bij k.i.) <input type="checkbox"/> Miskraam <input type="checkbox"/> Okselklieruitruiming re/li/bilat* <input type="checkbox"/> Omentectomie <input type="checkbox"/> Ovariëctomie re/li/bilateraal* <input type="checkbox"/> Ovarium: biopsie re/li/bilat* <input type="checkbox"/> Ovarium: cystectomie re/li/bilat* <input type="checkbox"/> Placenta <input type="checkbox"/> Placenta tweeling <input type="checkbox"/> Tepel resectie/ductus galactoforus <input type="checkbox"/> Uterus: hysterectomie zonder adn xen <input type="checkbox"/> Uterus: hysterectomie met adn xen re/li/bilat* <input type="checkbox"/> Uterus: myomectomie <input type="checkbox"/> Uterus: vaginale hysterectomie <input type="checkbox"/> Uterus: wertheim <input type="checkbox"/> Vaginabiopsie <input type="checkbox"/> Vaginawand, partiële resectie <input type="checkbox"/> Vulva biopsie <input type="checkbox"/> Vulva (partiële/totale) resectie <input type="checkbox"/> Zwangerschapsresten <input type="checkbox"/> Andere: specificeer bij k.i.	<input type="checkbox"/> Bijschildklier <input type="checkbox"/> Cilia biopt <input type="checkbox"/> Congenitale halscyste <input type="checkbox"/> Gehoorgang <input type="checkbox"/> Gehoorbeentjes <input type="checkbox"/> Gingiva <input type="checkbox"/> Huidbiopt (specifieer bij k.i.) <input type="checkbox"/> Larynx biopsie <input type="checkbox"/> Larynx, partiële laryngectomie <input type="checkbox"/> Larynx, totale laryngectomie <input type="checkbox"/> Lymfeklier (specifieer bij k.i.) <input type="checkbox"/> Lip <input type="checkbox"/> Mastoïd biopsie <input type="checkbox"/> Middenoor <input type="checkbox"/> Mondholte biopsie (specifieer bij k.i.) <input type="checkbox"/> Mondholte, tumorresectie <input type="checkbox"/> Neusslijmvlies <input type="checkbox"/> Oorschelp <input type="checkbox"/> Pharynx <input type="checkbox"/> Schildklier partiële of totale resectie <input type="checkbox"/> Sebumcyste huid <input type="checkbox"/> Sinus re/li/bilateraal* <input type="checkbox"/> Sinus piriformis re/li/bilateraal* <input type="checkbox"/> Speekselklier biopsie re/li* <input type="checkbox"/> Speekselklier resectie re/li* <input type="checkbox"/> Stemband re/li/bilateraal* <input type="checkbox"/> Tonsil biopsie re/li/bilateraal* <input type="checkbox"/> Tonsilectomie re/li/bilateraal* <input type="checkbox"/> Trommelvlies <input type="checkbox"/> Uvula <input type="checkbox"/> Wangslijmvlies <input type="checkbox"/> Andere: specificeer bij k.i.
<b>STOMATOLOGIE/ MKA</b>			
<input type="checkbox"/> Gingiva <input type="checkbox"/> Glossectomie partieel/totaal* <input type="checkbox"/> Huidbiopt (specifieer bij K.I.) <input type="checkbox"/> Lymfeklier (specifieer bij K.I.) <input type="checkbox"/> Mandibula biopsie <input type="checkbox"/> Mandibula resectie <input type="checkbox"/> Maxilla biopsie <input type="checkbox"/> Maxilla resectie <input type="checkbox"/> Lip <input type="checkbox"/> Lipoom (boven/onder fascia*) <input type="checkbox"/> Mondbodem resectie <input type="checkbox"/> Mondholte biopsie (specif. Bij K.I.) <input type="checkbox"/> Mondholte, tumorresectie <input type="checkbox"/> Tandcyste/granuloom <input type="checkbox"/> Pharynx <input type="checkbox"/> Sinus re/li/bilateraal* <input type="checkbox"/> Speekselklier biopsie re/li* <input type="checkbox"/> Speekselklier resectie re/li* <input type="checkbox"/> Tonsil biopsie re/li/bilateraal* <input type="checkbox"/> Uvula <input type="checkbox"/> Verhemelte <input type="checkbox"/> Wangslijmvlies <input type="checkbox"/> Andere: specificeer bij K.I.		<b>ORTHOPEDIE</b> <input type="checkbox"/> Bottumor <input type="checkbox"/> Bursa <input type="checkbox"/> Discus <input type="checkbox"/> Gewricht (specifieer bij k.i.) <input type="checkbox"/> Heupkop <input type="checkbox"/> Huidbiopt (specifieer bij k.i.) <input type="checkbox"/> Lipoom (boven/onder fascia*) <input type="checkbox"/> Lymfeklier (specifieer bij k.i.) <input type="checkbox"/> Meniscus <input type="checkbox"/> Pees <input type="checkbox"/> Peescyste <input type="checkbox"/> Polscyste <input type="checkbox"/> Synovium <input type="checkbox"/> Wervelzuil <input type="checkbox"/> Andere: specificeer bij k.i.	

**KLINISCHE INLICHTINGEN** (\*: omcirkel bij aard weefsel hetgeen van toepassing is)

.....

.....

.....