

H09

Patient		Expéditeur, Demandeur			
ID Patient:		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Marquer les cases d'un trait noir Ne pas utiliser de feutres pour le marquage! </div>			
<input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> enfant >> Père/Mère					
Nom	.....			
Prénom	.....			
Adresse	.....			
NPA/Lieu	.....			
c/o	.....			
Date de naissance	Tél.			Médecin traitant: E-Mail:	
E-Mail	.....			
N° AVS	.....			
Résultats		Facturation			
<input type="checkbox"/> Par téléphone N°: <input type="checkbox"/> Par fax N°: <input type="checkbox"/> Copie pour:		<input type="checkbox"/> Assurance maladie N° d'assuré <input type="checkbox"/> Ass. accident/militaire N° de sinistre Date de l'accident <input type="checkbox"/> Payeur privé <input type="checkbox"/> Expéditeur <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Semi-priv./priv. <input type="checkbox"/> com. ID du cas <input type="checkbox"/> Autre destinataire de la facture (s.v.p. information complète):			
Examens antérieurs (Institut/N° du dossier)					
Forfait ambulatoire: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → Si oui: indiquer le code du forfait:					

Dermatopathologie

Matériel de prélèvement / Indication clinique / Questions cliniques

Date de prélèvement:		Heure de prélèvement:	
Fixation dans:	<input type="checkbox"/> Formol	<input type="checkbox"/> DIF (non fixé)	
Matériel:	<input type="checkbox"/> PE	<input type="checkbox"/> Shave / Curetage	<input type="checkbox"/> Résection <input type="checkbox"/> Excision
Autres:	<input type="checkbox"/> Examen extemporané	<input type="checkbox"/> Photo en annexe	<input type="checkbox"/> Contrôle des marges
Indication clinique générale / Questions cliniques			
.....			
.....			
.....			
Localisation (schémas au verso)		Questions cliniques	
1.	.....	1.	.....
2.	.....	2.	.....
3.	.....	3.	.....

Localisation	Questions cliniques
4.	4.
5.	5.

