



48

H09

Patient		Expéditeur, Demandeur			
ID Patient: _____		<div style="text-align: right;"> <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: _____					

Histologie

Matériel de prélèvement / Indication clinique / Questions cliniques

Date de prélèvement: _____		Heure de prélèvement: _____	
Fixation dans:	<input type="checkbox"/> Formol	<input type="checkbox"/> Non fixé	
Matériel:	<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> Résection	<input type="checkbox"/> Excision <input type="checkbox"/> Curetage
Autres:	<input type="checkbox"/> Examen extemporané <input type="checkbox"/> Analyse moléculaire souhaitée: _____		
Retour des résultats à:	Nom: _____	Tél.: _____	
Indication clinique générale / Questions cliniques			
_____ _____ _____ _____			
Localisation (schémas au verso)		Questions cliniques	
1.	_____	1.	_____
2.	_____	2.	_____
3.	_____	3.	_____

Localisation	Questions cliniques
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.

