

Demande d'analyse: Histopathologie – Cytopathologie clinique

Prescripteur: Clinique/médecin:	Copie du rapport à:
----------------------------------------	----------------------------

Signature: _____

Copie au / à la patient/e

Patient:	Matériel:
-----------------	------------------

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ masc. fém.

Rue/No. : _____

Code postal/Lieu : _____

Assurance maladie : _____

Facture à adresser à Patient/e / Assurance maladie / à ...
 Prescripteur

Date du prélèvement: _____

Matériel fixé
-4% formaldéhyde tamponné pour biopsies et pièces de résection
-Spray de fixation: pour frottis cytologiques (à fixer en état humide, séchage à l'air absolument à éviter)

Examen extemporané - Matériel à l'état natif
Ex. extemporanés à annoncer par tél. 031 300 24 24

Matériel à l'état natif *- sans ex. extemporané

Résultat rapide - Cytologie

* Biopsies cutanées etc. pour des analyses spéciales: envelopper dans la gaze imbibée de NaCl, expédier immédiatement dans un récipient fermé et réfrigéré.

Renseignements cliniques et questions:

Matériel: Organe / Localisation – IMPORTANT: Désigner chaque récipient!	Schéma:
--------------------------------------------------------------------------------	----------------

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____