Hôpitaux Universitaires Genève

DÉPARTEMENT DE MEDECINE GENETIQUE ET DE LABORATOIRE

**SERVICE DE PATHOLOGIE CLINIQUE**

**FORMULAIRE D'ANALYSE HISTOPATHOLOGIQUE**

**Dre A.-L. ROUGEMONT, Dre V. FINCI**

**CMU, Rue Michel-Servet 1**

**CH – 1211 Genève 4**
Tél. 022.3724912 - Fax : 022.3724906

**Réception** : CMU, 5ème étage, local 9I-5-162
Tél. 022.3724934

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

Vor kurzer Zeit haben Sie bei Frau **……, .../…/…,** eine Trophoblasterkrankung diagnostiziert.

Die Patientin hat beim Zentrum für Trophoblastkrankheiten (www.mole-chorio.ch) dem Zugang zu ihrem medizinischen Dossier und den histologischen Schnittpräparaten sowie, falls nötig, dem Durchführen von Zusatztechniken zugerstimmt (beiliegend eine Kopie der unterschriebenen Zustimmung der Patientin).

Zu diesem Zweck sind wir Ihnen für die Zusendung folgender Unterlagen an ntenstehende Adresse äusserst danbar :

- Kopie des Aufragsformulares des behandelnden Arztes inclusive klinichen Angaben,
- Kopie Ihres Pathologieberichtes,
- Histologische Shnitte sowie zugehörige Paraffinblöcke.

Die histologischen Schnittpräparate sowie die Paraffinclöcke werden Ihnen gemeinsam mit dem auf diesen Proben basierenden Zweitbericht zurückgesandt.

Für ihr Vertrauen sind wir Ihnen äusserst danbar.

Genf, …/…/…

Mit kollegialen grüssen

Dr. A.-L. Rougemont (022.3728568)
Leitende Aerztin

Dr. V. Finci (022.3724905)
Oberärtzin

**Vom Labor auszufüllen**

**Angaben zur Rückgabe der Proben sowie Bekanntgabe des Resultates :**

---

**Beschreibung des übergebenen Materials :**

**……**

**Labor, in welchem die Diagnose gestellt wurde** (bitte in Blockschrift ausfüllen) **:**

Labor

Adresse

Postleitzahl, Ort

Pathologie

Tel Fax

**Datum :** **Unterschrift :**