



**Hôpitaux Universitaires de Genève**  
 DÉPARTEMENT DE MEDECINE GENETIQUE  
 ET DE LABORATOIRE  
**SERVICE DE PATHOLOGIE CLINIQUE**  
 CENTRE MEDICAL UNIVERSITAIRE

**FORMULAIRE D'ANALYSE HISTOPATHOLOGIQUE**

**Dre M.-F. PELTE, Dre V. FINCI**

CMU - Rue Michel-Servet, 1  
 CH1211 - Genève 4  
 Tél. 022 37 24 921 - Fax : 022 37 28 920

**Réception : CMU, 5<sup>ème</sup> étage, local 9I-5-166**  
 Tél. (022) 37 24 929

Cari Colleghi e Colleghe,

Avete diagnosticato recentemente una malattia trofoblastica alla Signora .....

Questa paziente ha dato il suo accordo presso il centro di malattie trofoblastiche (HUG), permettendo l'accesso al suo dossier medico, a una rilettura dei vetrini istologici e, se necessario, ad eseguire tecniche supplementari (in allegato una copia del consenso firmato dalla paziente).

Vi siamo riconoscenti di inviarci all'indirizzo che segue :

- una copia del formulario di domanda d'analisi del medico curante con le indicazioni cliniche,
- la copia del vostro rapporto di patologia,
- i vetrini istologici e i blocchi di paraffina corrispondenti.

Vi restituiranno i vetrini e i blocchi di paraffina con il rapporto complementare stabilito su questo materiale.

Vi ringraziamo per la vostra fiducia e vi mandiamo i nostri più cordiali saluti.

Ginevra, il : .....

Dressa M.- F. Pelte

Dressa V. Finci

**A riempire dal laboratorio**

**Indicazioni indispensabili per il rinvio del materiale e la trasmissione dei risultati :**

**Descrizione del materiale inviato :** .....

**Laboratorio che ha stabilito la diagnostici patologica :** (a riempire in stampatello p.f.)

Laboratorio	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
CAP, Luogo	<input type="text"/>
Patologo	<input type="text"/>
Tel	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>

**Data :**

**Firma :**