Hôpitaux Universitaires Genève

DIAGNOSTIQUE / Service de Pathologie Clinique
Centre Médical Universitaire
1 Rue Michel-Servet - CH-1211 Genève 14

PATHO-Examen histologique de dermato

https://www.hug.ch/feuilles-de-demande

Médecin Chef : Pr Doron Merkler

Secrétariat : Tél. : 022 372 49 11
Fax : 022 372 51 99

Réception du matériel : **CMU**, 5ème étage
Local de macroscopie **E05.3352.a**
Tél. : 022 372 49 34

M. ❑ / Mme ❑ / Mlle ❑ (SVP:caractères d'imprimerie)

N°EdS HUG : ……

Nom :……

Nom de jeune fille :……

Prénom :……

Date de naissance : ..... / ..... / ……

Représentant légal si patient mineur : ❑père ❑mère

Nom/prénom : ……..

Rue/N°:……

Localité, No postal :……

Patient : ❑ Ambulatoire ❑ Hospitalisé …….

Adresse pour facturation: ❑ Patient ❑ Demandeur ❑ Assurance

Nature du cas : ❑ Maladie ❑ Maternité ❑ Accident

❑ AI n°AVS……

Assurance : …… **N° Assuré :** ……

Prescripteur *(Nom*/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - *Tel* - ***adresse mail HIN****)* ***:***

Médecins en copie *(Nom*/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - *Tel* - ***adresse mail HIN)*** : *Le laboratoire demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins que le médecin prescripteur :*

Votre référence :

DEMANDE D'EXAMEN HISTOLOGIQUE DE DERMATOPATHOLOGIE

Données fournies par le prescripteur

Biopsies antérieures : N°..... Immunofluorescence faite : non ❑ oui ❑

URGENT ❑

Localisation et schéma (un prélèvement par flacon)	**Diagnostic évoqué**	**Biopsie (cocher)**	**Exérèse (cocher)**	**Réservé au laboratoire**
Flacon 1				
Flacon 2				
Flacon 3				
Flacon 4				

Date : **Signature :**