Hôpitaux Universitaires Genève

DÉPARTEMENT DIAGNOSTIQUE
Service de Pathologie Clinique

Méd. Chef : Prof. Laura Rubbia-Brandt

Centre Médical Universitaire
1 rue Michel Servet
CH-1211 Genève 14

Tél. (022) 37 24 909 / 911 / 912 / 913 / 921 / 922
Fax (022) 37 25 199

Réception du matériel : Local de macroscopie,
E05.3352.a (**CMU**, 5ème étage)
Tél. (022) 37 24 934

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

N°Eds HUG:……

Nom: ……

Nom de jeune fille : ……

Prénoms : ……

Date de naissance : ……/ ……/

Rue/N°: ……

c/o ……

Localité, No postal : ……

Patient : ❑Ambulatiore ❑Hospitalisé

Adresse de facturation : ❑ Patient ❑ Demandeur ❑ Hôp/Clinique /Autre

Nature du cas : ❑ Maladie ❑ Maternité ❑ Accident ❑AI

n°AVS……

Assurance : …… **N° Assuré :** ……

PRESCRIPTEUR : MEDECIN / INSTITUTION (*)

Nom Prénom: ……

Téléphone :……**Fax :**……

Adresse: **Rue :** …… **N° :** ……

Code Postal :……**Ville :**……

MATÉRIEL À EXAMINER : ……

DATE DU PRELEVEMENT : ……/……/……

Extemporanée ❑

URGENT ❑

DEMANDE D'EXAMEN HISTOLOGIQUE

RENSEIGNEMENTS ET DIAGNOSTIC CLINIQUES (Obligatoire)

……

……

……

……

……

……

……

……

BIOPSIE(S) ANTÉRIEURE(S) : non ❑ oui ❑ N°(s) :

COPIE À : ……

……

EXPÉDITEUR : (à remplir en caractères d'imprimerie s.v.p.) ou tampon :

Nom, Prénom

Adresse

Code Postal, Localité

Date : **Signature :**

(*) Le laboratoire demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins que le médecin prescripteur.