



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève



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

**PATHO-Examen histologique**

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

Médecin Chef : Prof. Laura Rubbia-Brandt

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 – Service / Adresse - Localité – Tel, Bip/Fax) (\*)** : (SVP : en caractères d'imprimerie ou tampon)

**Médecins en copie (Nom/Prénom – Service / Adresse - Localité – Tel, Bip/Fax) (\*)** :

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

**DEMANDE D'EXAMEN HISTOLOGIQUE**

*Données fournies par le prescripteur*

**MATÉRIEL À EXAMINER** : .....

**DATE DU PRELEVEMENT** : ...../...../.....

**Extemporannée**

**URGENT**

**BIOPSIE(S) ANTÉRIEURE(S)** : non  oui

**N°(s)** :

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIC (Obligatoire)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Date** :

**Signature** :