



Hôpitaux
Universitaires
Genève



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** :

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 : 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

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 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 :