

EXAMEN EXTEMPORANE

Réponse tél. no :

Marquer les champs d'un trait noir : faux : juste :

Prélèvement : date et heure															
Jour	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Mois	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.			
Heure	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23			
Minute	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55				

Facture à :
 Hôpital Expéditeur CNA/AI
 Patient AMF Autres

Assurance : **No d'assure :**
Copies à :

Patient

Nom :
 Nom de jeune fille :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse:
 NPA Lieu :
 Sexe : M F

EXAMENS HISTOPATHOLOGIQUES ANTERIEURS ? No : **Année :** **Institut :**
Diagnostic :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OU DIAGNOSTIC (à remplir par le médecin):

Origine de diagnostic	Base du diagnostic
<input type="checkbox"/> Consultation à la suite de symptômes	<input type="checkbox"/> Status clinique <input type="checkbox"/> Endoscopie
<input type="checkbox"/> Examen de contrôle (check-up, dépistage, etc.)	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostic <input type="checkbox"/> Status opératoire
<input type="checkbox"/> Découverte lors de soins pour une autre cause	<input type="checkbox"/> Catscan, RMN <input type="checkbox"/> Autres :

GYNECO-PATHOLOGIE :
 Date des dernières règles :
 Parité :
 Traitement hormonal, inhibiteur de l'ovulation

 Ménopause : Date :
 Médicaments :

QUESTIONS AU PATHOLOGISTE :

MATERIEL A EXAMINER (préciser la localisation) :

Signature du médecin

SCHELLSCHNITTUNTERSUCHUNG

Antwort auf Tel.-Nr.:

Zutreffende Felder bitte markieren: falsch: richtig: 

Datum und Zeit der Probenentnahme																																
Tag	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr><tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																		
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
Monat	<table><tr><td>Jan</td><td>Feb</td><td>März</td><td>Apr</td><td>Mai</td><td>Jun</td><td>Jul</td><td>Aug</td><td>Sept</td><td>Okt</td><td>Nov</td><td>Dez</td></tr></table>	Jan	Feb	März	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez																			
Jan	Feb	März	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez																					
Stunde	<table><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr><tr><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																					
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23																					
Minute	<table><tr><td>5</td><td>10</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td></tr></table>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55																				
5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55																						

Rechnung an:

- Spital Einsender SUVA/IV
- Patient EMV Andere

Versicherung: Versichertennummer:

Kopien an:
.....
.....

Patient

Name:

Mädchen-Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ Ort:

Geschlecht: M F

FRÜHERE HISTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN? Nr.: Jahr: Institut:

Diagnose:

KLINISCHE ANGABEN ODER DIAGNOSE (durch den **Arzt** auszufüllen):

Diagnosestellung infolge

- Arztbesuch wegen Symptomen
- Kontroll-Untersuchung (z.B. Check-up)
- Befund bei Behandlung eines anderen Leidens

Diagnosestellung aufgrund von

- klinischem Status Endoskopie
- Röntgen Operation
- Catscan, NMR Andere:

GYNÄKO-PATHOLOGIE:

Datum der letzten Menstruation:

Geburtenzahl:

Hormonbehandlung, Ovulationshemmer:

.....

Menopause: Datum:

Medikamente:

.....

.....

.....

.....

.....

FRAGEN AN DEN PATHOLOGEN:

.....

.....

.....

UNTERSUCHUNGSMATERIAL (exakte topographisch-anatomische Beschreibung der Entnahme-Stelle):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... **Unterschrift des Arztes**