

Médecin / service

N° PATHO.

Prélèvement : date et heure

Jour	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 6	<input type="text"/> 7	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 10	<input type="text"/> 11	<input type="text"/> 12	<input type="text"/> 13	<input type="text"/> 14	<input type="text"/> 15
	<input type="text"/> 16	<input type="text"/> 17	<input type="text"/> 18	<input type="text"/> 19	<input type="text"/> 20	<input type="text"/> 21	<input type="text"/> 22	<input type="text"/> 23	<input type="text"/> 24	<input type="text"/> 25	<input type="text"/> 26	<input type="text"/> 27	<input type="text"/> 28	<input type="text"/> 29	<input type="text"/> 30

Mois	<input type="text"/> Janv.	<input type="text"/> Févr.	<input type="text"/> Mars	<input type="text"/> Avril	<input type="text"/> Mai	<input type="text"/> Juin	<input type="text"/> Juillet	<input type="text"/> Août	<input type="text"/> Sept.	<input type="text"/> Oct.	<input type="text"/> Nov.	<input type="text"/> Déc.
------	----------------------------	----------------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

Heure	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 6	<input type="text"/> 7	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 10	<input type="text"/> 11
	<input type="text"/> 12	<input type="text"/> 13	<input type="text"/> 14	<input type="text"/> 15	<input type="text"/> 16	<input type="text"/> 17	<input type="text"/> 18	<input type="text"/> 19	<input type="text"/> 20	<input type="text"/> 21	<input type="text"/> 22	<input type="text"/> 23

Minute	<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 10	<input type="text"/> 15	<input type="text"/> 20	<input type="text"/> 25	<input type="text"/> 30	<input type="text"/> 35	<input type="text"/> 40	<input type="text"/> 45	<input type="text"/> 50	<input type="text"/> 55
--------	------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Facture à Hôpital Expéditeur CNA/AI
 Patient AMF Autres

PATIENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

NPA Lieu :

Né(e) :

Sexe :

M

F

EXAMEN EXTEMPORANE

Réponse tél. no : _____

Assurance : _____ No d'assuré : _____

Copie à : _____

EXAMENS HISTOPATHOLOGIQUES ANTERIEURS ?

No : _____ Année : _____ Institut : _____

Diagnostic : _____

TYPE DE PRÉLÈVEMENT

Punch biopsie Shave Immunofluorescence directe Peau malade Peau saine
 Excision Autre : _____ (Milieu de Michel)

LOCALISATION (indiquer exactement le site du prélèvement sur le schéma → voir au verso)

DONNÉES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC (description des lésions)

PHOTOGRAPHIE CLINIQUE

Jointe
 E-mail : dermatopathologie@hopitalvs.ch

Lieu et date :

Signature du médecin :

Secrétariat de pathologie
T. +41 (0)27 603 47 74
dermatopathologie@hopitalvs.ch

Institut Central des Hôpitaux - Zentralinstitut der Spitäler - Avenue du Gd. Champsec 86 - CP 800 - 1951 SION - T: +41 (0)27 603 4800 - LABORATOIRES : Brigue, Viège, Sierre, Sion, Martigny, Riviera-Chablais.

