

N° PATHO.

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 31

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

Nom de la caisse maladie: _____ No d'assuré: _____

Copie à: _____

Diagnostic bilingue

EXAMEN EXTEMPORANE
Réponse tél. no: _____

PATIENT

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

NPA Lieu : _____

Né(e) : _____

Sexe : M F

EXAMENS HISTOPATHOLOGIQUES ANTERIEURS?

No: _____ Année: _____ Laboratoire: _____

Diagnostic: _____

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

GYNECO-PATHOLOGIE:

Date des dernières règles : _____

Parité: _____

Traitement hormonal, inhibiteur de l'ovulation

Ménopause: _____ Date: _____

Médicaments: _____

QUESTIONS AU PATHOLOGISTE:

LOCALISATION DU MATÉRIEL:

N° 1 _____

N° 2 _____

N° 3 _____

N° 4 _____

N° 5 _____

N° 6 _____

N° 7 _____

N° 8 _____

VEUILLEZ REMPLIR AU VERSO

Lieu et date:

Signature du médecin:

Contact téléphonique:

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

TYPE DE PRÉLÈVEMENT

	SEIN	MOTIF
<input type="checkbox"/> Tumorectomie	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Carcinome invasif
<input type="checkbox"/> Mastectomie	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Carcinome in situ
<input type="checkbox"/> Autre: _____		<input type="checkbox"/> Autre: _____

ORIENTATION - KLINITRAY - FILS

TUMEUR UNIQUE - TAILLE - LOCALISATION

TUMEURS MULTIPLES - TAILLES - LOCALISATIONS

CLIPS - NOMBRE - LOCALISATIONS

POST-TRAITEMENT NÉOADJUVANT - TAILLE AVANT - TAILLE APRÈS

SCHÉMA - REMARQUES
