

NLAB

Facture à : Requérant Autre:

Date d'entrée en clinique: _____

Date du décès: _____ Heure du décès: _____

PATIENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

NPA Lieu :

Né(e) :

Sexe :

M M

F F



Demandeur :

À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT

Hôpital: _____

Service: _____

Médecin: _____ Tél.: _____

AUTOPSIE:

avec cerveau

sans cerveau

Médecin de famille du patient:

Médecin de confiance de la famille (si pas le même que médecin de famille, pour transmission des résultats):

Copie:

ANAMNÈSE, STATUTS CLINIQUES, EXAMENS PATHOLOGIQUES (LABORATOIRE, RADIOLOGIE, ETC.), ÉVOLUTION ET TRAITEMENT:

suite au verso →



DIAGNOSTIC CLINIQUE:

Empty space for clinical diagnosis.

QUESTIONS AU PATHOLOGISTE:

Empty space for questions to the pathologist.

- 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
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65
- 66
- 67
- 68
- 69

Accord de la famille ou représentant légal obtenu

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec le patient : _____

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