

Médecin / service

NLAB

Facture à : Patient Requérant Autre :

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

PATIENT

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

NPA Lieu : _____

Né(e) : _____

Sexe : M F

- Copies
- Diagnostic bilingue

MATÉRIEL À EXAMINER

- Aspiration bronchique
- Lavage bronchique
- Brossage bronchique
- LBA*
- EBUS
- Expectoration
- Autres (préciser) : _____

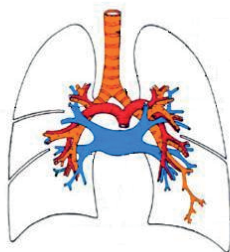
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

POUR LES LBA*

Territoire lavé (croquis)

Volume injecté (mL) : _____

Volume retiré (mL) : _____



- Recherche de cellules malignes
- Numération / répartition cellulaire
- Sous-typisation lymphocytaire (si supérieur à 15%)**
- Pneumocystis jiroveci
- Aspergillus
- BAAR
- Autres (préciser) : _____

*** AVERTIR IMPÉRATIVEMENT LE LABORATOIRE AU 027 603 47 60
ET FAIRE PARVENIR LE MATÉRIEL LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE**

**** LE VENDREDI, FAIRE PARVENIR AU LABORATOIRE AVANT 13H30**

Signature ou cachet du médecin :

Secrétariat de cytologie
T. +41 (0)27 603 47 60
ich.labo.cytologie@hopitalvs.ch

Arzt / Abteilung

Zentralinstitut der Spitäler - Institut Central des Hôpitaux - Avenue du Gd. Champsec 86 - CP 800 - 1951 SITTEN - T: +41 (0)27 603 4800 - LABORATORIEN : Brig., Visp, Siders, Sitten, Martinach, Riviera-Chablais.

NLAB

Rechnung an: Patient Einsender Andere:

Datum und Zeit der Probenentnahme

Tag: 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: Jan Feb März Apr Mai Jun Jul Aug Sept Okt Nov Dez

Stunde: 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

- Kopien
- Zweisprachige Diagnose

PATIENT
Name :
Vorname :
Adresse :
PLZ / Ort :
Geburtsdatum :
Geschlecht : M W

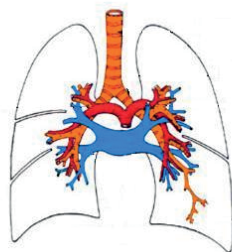
UNTERSUCHUNGSMATERIAL:

- Bronchialaspirat
- Bronchialspülung
- Bronchialbürsten
- BAL*
- EBUS
- Sputum
- Andere (präzisieren): _____

KLINISCHE ANGABEN

FÜR DIE BAL*

Spülzone (Skizze)
Injiziertes Volumen (ml) : _____
Zurückgewonnenes Volumen (ml) : _____



- Suche nach malignen Zellen
- Zellzählung / Differenzierung
- Lymphozyten-Typisierung (falls über 15%)**
- Pneumocystis jiroveci
- Aspergillus
- Säurefeste Stäbchen
- Andere (präzisieren): _____

*** INFORMIEREN SIE DIREKT DAS LABOR UNTER DER NR. 027 603 47 60 UND DAS MATERIAL SO RASCH WIE MÖGLICH ZUKOMMEN LASSEN**

**** AM FREITAG SOLLTE DAS MATERIAL VOR 13H30 IM LABOR SEIN**

Unterschrift oder Stempel des Arztes:

Sekretariat Zytologie
T. +41 (0)27 603 47 60
ich.labo.cytologie@hopitalvs.ch