

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

Copies

Diagnostic bilingue

PATIENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

NPA Lieu :

Né(e) :

Sexe :

M

F

Traitement chirurgical Radiothérapie Chimiothérapie

MATÉRIEL À EXAMINER

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Signature ou cachet du médecin :

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

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

Chirurgie

Strahlentherapie

Chemotherapie

UNTERSUCHUNGSMATERIAL

KLINISCHE ANGABEN

Unterschrift oder Stempel des Arztes:

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

Zentralinstitut der Spitäler - Institut Central des Hôpitaux - Avenue du Gd. Champsec 86 - CP 800 - 1951 SITTEN - T: +41 (0)27 603 4760 - LABORATORIEN : Brig, Visp, Siders, Sitten, Martinach, Riviera-Chablais.

KLINISCHE ZYTOLOGIE

