

DEMANDE D'EXAMEN DE DERMATOPATHOLOGIE

| | |
|---|--|
| <div style="background-color: #cccccc; padding: 20px; border: 1px solid #000;"> <p style="font-size: 1.2em;">Etiquette patient</p> </div> | <p>RECEPTION MATERIEL : CHUV Centre hospitalier universitaire vaudois SECRETARIAT DE DERMATOPATHOLOGIE HOPITAL DE BEAUMONT (4EME, BUREAU 444) AV. DE BEAUMONT 29 CH-1011 LAUSANNE Tél : +41 21 314 53 74 der.dermatopathologie@chuv.ch</p> |
|---|--|

| | |
|---|---|
| <p>DEMANDEUR Nom et prénom du médecin : Adresse : Signature :</p> | <p>COPIE(S) À (COORDONNÉES COMPLÈTES DU MÉDECIN)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|---|---|

| | |
|--|---------------------------------------|
| <p>DATE DU PRÉLÈVEMENT :</p> <p>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</p> <p>BIOPSIE(S) ANTÉRIEURE(S), NUMÉRO(S) :</p> <p>.....</p> | <p>MARQUER LA LOCALISATION</p> |
|--|---------------------------------------|

| NO DE PRÉLÈVEMENT | DIAGNOSTICS CLINIQUES DIFFÉRENTIELS | LOCALISATION | TYPE DE PRÉLÈVEMENT | |
|-------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| | | | RENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | | | BIOPSIE | PUNCH <input type="checkbox"/> |
| | | | | FUSEAU INCISIONELLE <input type="checkbox"/> |
| | | | | SHAVE <input type="checkbox"/> |
| | | | EXCISION | PETITE <input type="checkbox"/> |
| | | | | LARGE <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| | | | BIOPSIE | PUNCH <input type="checkbox"/> |
| | | | | FUSEAU INCISIONELLE <input type="checkbox"/> |
| | | | | SHAVE <input type="checkbox"/> |
| | | | EXCISION | PETITE <input type="checkbox"/> |
| | | | | LARGE <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| | | | BIOPSIE | PUNCH <input type="checkbox"/> |
| | | | | FUSEAU INCISIONELLE <input type="checkbox"/> |
| | | | | SHAVE <input type="checkbox"/> |
| | | | EXCISION | PETITE <input type="checkbox"/> |
| | | | | LARGE <input type="checkbox"/> |
| | | | | |