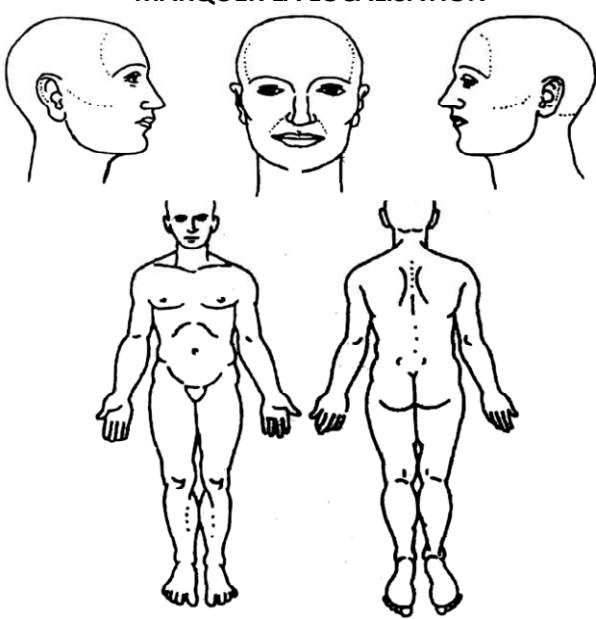


DEMANDE D'EXAMEN DE DERMATOPATHOLOGIE

Etiquette patient	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		
DEMANDEUR Nom et prénom du médecin : Adresse : Signature :	COPIE(S) À (COORDONÉES COMPLÈTES DU MÉDECIN) 1. 2. 3. 4.		
DATE DU PRÉLÈVEMENT : RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :	MARQUER LA LOCALISATION 		
SI BIOPSIE(S) ANTÉRIEURE(S), NUMÉRO(S) : 			
NUMÉRO DE PRÉLÈVEMENT	DIAGNOSTICS CLINIQUES DIFFÉRENTIELS	LOCALISATION	TYPE DE PÉLÈVEMENT
			BIOPSIE ☐
			EXCISION ☐
			BIOPSIE ☐
			EXCISION ☐
			BIOPSIE ☐
			EXCISION ☐