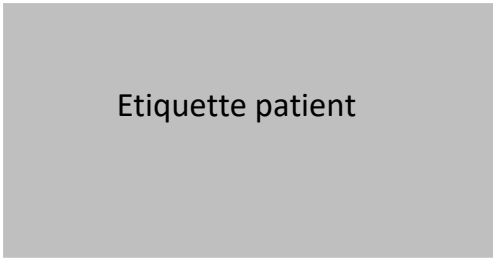




DEMANDE D'IMMUNOFLUORESCENCE

 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
--	---

DIAGNOSTIC CLINIQUE :

Date du prélèvement :

Nom du médecin demandeur :

Signature et timbre :

Copie à (médecin/s) :

☐ **IMMUNOFLUORESCENCE INDIRECTE** (sang/sérum)

Résultats :

☐ **IMMUNOFLUORESCENCE DIRECTE**

- ☐ Peau lésée
☐ Peau périlésionnelle

Localisation :

Résultats :

- Ig totaux :
- IgA :
- IgG :
- IgM :
- C 3 :

Diagnostic immunopathologique :

Commentaires laboratoire :

Lausanne, le

Initiales lecteur(s) : /