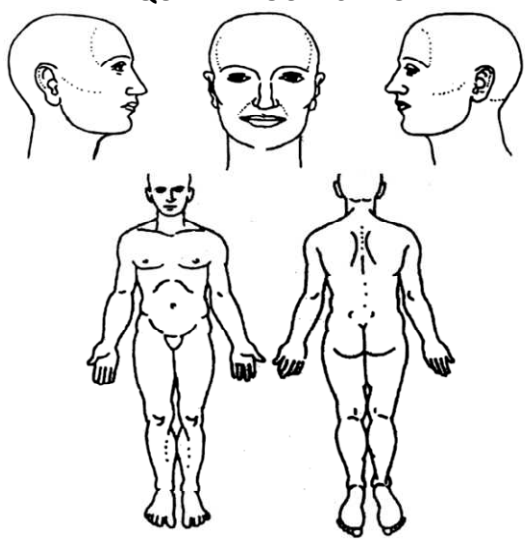


DEMANDE D'EXAMEN DE DERMATOPATHOLOGIE

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)
DATE DU PRÉLÈVEMENT : RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : BIOPSIE(S) ANTÉRIEURE(S), NUMÉRO(S) :	MARQUER LA LOCALISATION 

NO DE PRÉLÈVEMENT	DIAGNOSTICS CLINIQUES DIFFÉRENTIELS	LOCALISATION	TYPE DE PÉLÈVEMENT RENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE ☒
			BIOPSIE
			PUNCH ☐
			FUSEAU INCISIONELLE ☐
			SHAVE ☐
			EXCISION
			PETITE ☐
			LARGE ☐
			BIOPSIE
			PUNCH ☐
			FUSEAU INCISIONELLE ☐
			SHAVE ☐
			EXCISION
			PETITE ☐
			LARGE ☐
			BIOPSIE
			PUNCH ☐
			FUSEAU INCISIONELLE ☐
			SHAVE ☐
			EXCISION
			PETITE ☐
			LARGE ☐