

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

PATIENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

NPA Lieu :

Né(e) :

Sexe :

M

F

MATÉRIEL À EXAMINER:

- Aspiration bronchique Lavage bronchique Brossage bronchique LBA*
 EBUS Expectoration Autres (préciser): _____

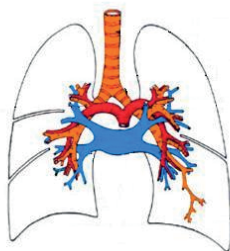
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

POUR LES LBA*:

Territoire lavé (croquis)

Volume injecté (mL): _____

Volume retiré (mL): _____



- Recherche de cellules malignes
 Numération / répartition cellulaire
 Sous-typisation lymphocytaire (si supérieur à 15%)
 Recherche de Pneumocystis jiroveci
 Autres (préciser): _____

*** LBA : AVERTIR LA CYTOLOGIE AU 027 603 47 60**

ET FAIRE PARVENIR LE MATERIEL AU LABORATOIRE LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE

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

PATIENT

Name :

Vorname :

Adresse :

PLZ / Ort :

Geburtsdatum :

Geschlecht :

M

W

UNTERSUCHUNGSMATERIAL:

- Bronchialaspirat Bronchialspülung Bronchialbürsten BAL*
 EBUS Sputum Andere (präzisieren): _____

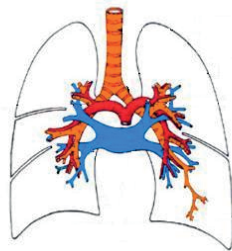
KLINISCHE ANGABEN

FÜR DIE BAL*:

Spülzone (Skizze)

Injiziertes Volumen (ml) : _____

Zurückgewonnenes Volumen (ml) : _____



- Suche nach malignen Zellen
 Zellzählung / Differenzierung
 Lymphozyten-Typisierung (falls über 15%)
 Suche nach Pneumocystis jiroveci
 Andere (präzisieren): _____

*** BAL: DIE ZYTOLOGIE UNTER 027 603 47 60 BENACHRICHTIGEN UND DEM LABOR DAS MATERIAL SO RASCH WIE MÖGLICH ZUKOMMEN LASSEN**

Unterschrift oder Stempel des Arztes:

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