

N° PATHO.

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

Facture à Hôpital Expéditeur CNA/AI
 Patient AMF Autres

Nom de la caisse maladie: _____ No d'assuré: _____

Copie à: _____

EXAMEN EXTEMPORANE
Réponse tél. no: _____

PATIENT

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 NPA Lieu : _____
 Né(e) : _____
 Sexe : M F

EXAMENS HISTOPATHOLOGIQUES ANTERIEURS?

No: _____ Année: _____ Laboratoire: _____

Diagnostic: _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OU DIAGNOSTIC (à remplir par le médecin):

GYNECO-PATHOLOGIE:

Date des dernières règles : _____
 Parité: _____
 Traitement hormonal, inhibiteur de l'ovulation

 Ménopause: _____ Date: _____
 Médicaments: _____

QUESTIONS AU PATHOLOGISTE:

LOCALISATION DU MATÉRIEL:

N° 1 _____
 N° 2 _____
 N° 3 _____
 N° 4 _____
 N° 5 _____
 N° 6 _____
 N° 7 _____
 N° 8 _____

Lieu et date: _____ Signature du médecin: _____ Contact téléphonique: _____

Secrétariat de pathologie
T. +41 (0)27 603 47 74
ich.labo.pathologie@hopitalvs.ch

N° PATHO.

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

Rechnung an: Spital Einsender SUVA/IV
 Patient EMV Andere

Name der Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Kopien an: _____

SCHNELLSCHNITTUNTERSUCHUNG
Antwort auf Tel.-Nr.: _____

PATIENT

Name : _____
Vorname : _____
Adresse : _____
PLZ / Ort : _____
Geburtsdatum : _____
Geschlecht : M W

FRÜHERE HISTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN?

Nr.: _____ Jahr: _____ Institut: _____
Diagnose: _____

KLINISCHE ANGABEN ODER DIAGNOSE (durch den Arzt auszufüllen):

GYNÄKO-PATHOLOGIE:

Datum der letzten Menstruation: _____
Geburtenzahl: _____
Hormonbehandlung, Ovulationshemmer:

Menopause: _____ Datum: _____
Medikamente: _____

FRAGEN AN DEN PATHOLOGEN:

LOKALISIERUNG DES ENTNAHMEMATERIALS

N° 1 _____
N° 2 _____
N° 3 _____
N° 4 _____
N° 5 _____
N° 6 _____
N° 7 _____
N° 8 _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift des anfordernden Arztes erforderlich: _____ Kontakt Telefon: _____
Sekretariat pathologie
T. +41 (0)27 603 47 74
ich.labo.pathologie@hopitalvs.ch