

DEMANDE D'EXAMEN D'HISTOPATHOLOGIE CUTANÉE

Indications indispensables. Veuillez nous les donner avec précisions s.v.p. (en majuscules)

Copie à:	Nom																Prénom										
	Prénom père ou mère (si mineur)											Date de naissance					Sexe	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f									
Timbre médecin	Rue et numéro																										
Assurance-maladie	N° postal				Localité																						

Facture à: PATIENT CLINIQUE OU HÔPITAL MÉDECIN TRAITANT
PRÉLÈVEMENT BIOPSIE EXCISION IF Directe (Milieu de Michel)

LOCALISATION:

Renseignements cliniques:

Examen(s) antérieur(s) (indiquer le N° s.v.p.):

Diagnostic clinique:

Désirs particuliers: Réponse par téléphone
 Réponse par fax

Date du prélèvement:
