

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

EXAMEN EXTEMPORANE  
Réponse tél. no: \_\_\_\_\_

Assurance: \_\_\_\_\_ No d'assuré: \_\_\_\_\_

Copie à: \_\_\_\_\_

Diagnostic bilingue

PATIENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

NPA Lieu :

Né(e) :

Sexe :

M

F

EXAMENS HISTOPATHOLOGIQUES ANTERIEURS ?

No: \_\_\_\_\_ Année: \_\_\_\_\_ Institut: \_\_\_\_\_

Diagnostic: \_\_\_\_\_

TYPE DE PRÉLÈVEMENT

Punch biopsie  Shave  Immunofluorescence directe  Peau malade  Peau saine  
 Excision  Autre: \_\_\_\_\_ (Milieu de Michel)

LOCALISATION (indiquer exactement le site du prélèvement sur le schéma → voir au verso)

DONNÉES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC (description des lésions)

PHOTOGRAPHIE CLINIQUE

Jointe  
 E-mail: dermatopathologie@hopitalvs.ch

Lieu et date:

Signature du médecin:

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

# LOCALISATION

Institut Central des Hôpitaux - Zentralinstitut der Spitäler - Avenue du Gd. Champsec 86 - CP 800 - 1951 SION - T: +41 (0)27 603 4800 - LABORATOIRES : Brigue, Viège, Sierre, Sion, Martigny, Riviera-Chablais.

\_\_\_\_\_

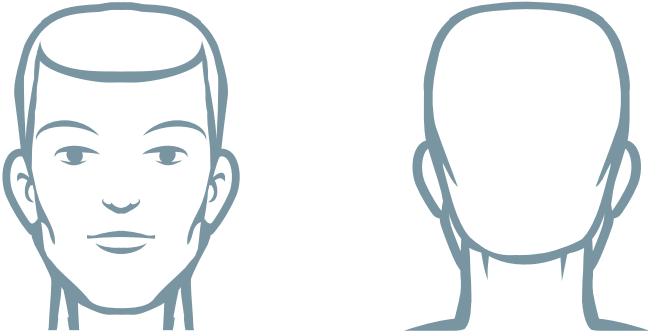
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

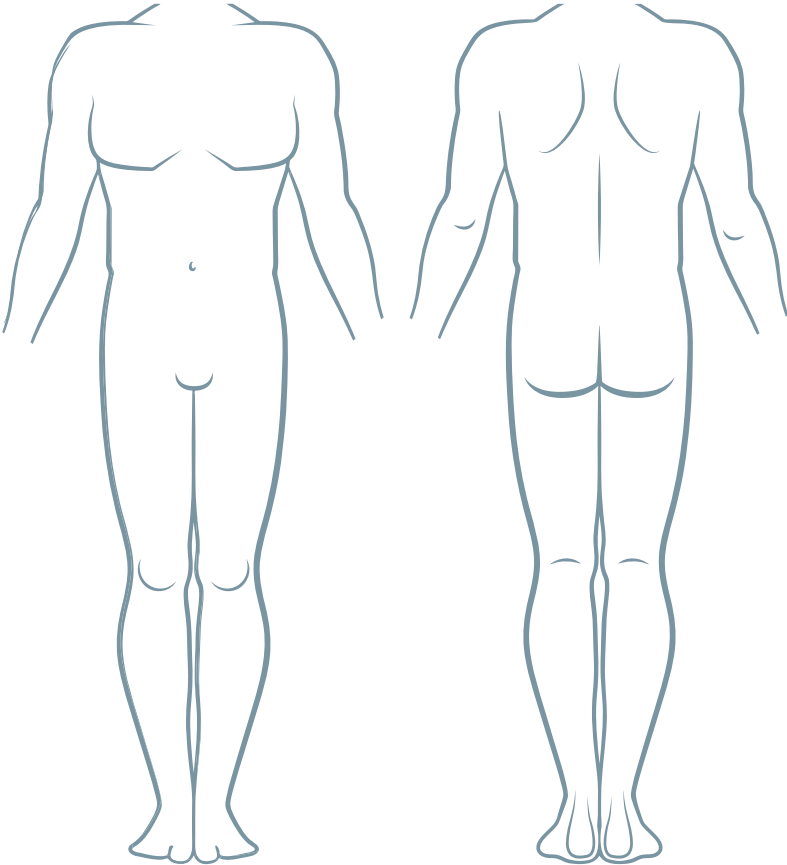
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

