

PATIENT (Étiquette / Remplir)

Nom: _____
Nom de jeune fille: _____
Prénom: _____
Date de naissance: _____
☐ Féminin ☐ Masculin
Adresse, N°: _____
CP, Ville: _____
ID patient: _____
Caisse maladie: _____

PRESCRIPTEUR (Tampon / étiquette / Remplir)

Nom: _____
Prénom: _____
Adresse, N°: _____
CP, Ville: _____
Téléphone: _____
Email HIN: _____

Copie à: _____

Facture à: ☐ Patient ☐ Assurance ☐ Prescripteur

Fixation: ☐ Formol 4%

Infectieux: ☐ HIV ☐ HCV ☐ TBC

Traitements: _____

Prélevé le Date: _____ **Heure:** _____

☐ **URGENT**

Tél: _____

RÉSERVÉ LABO

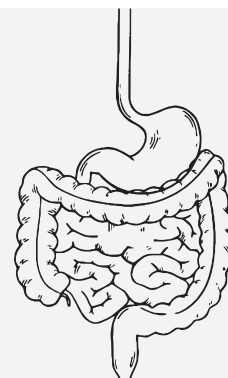
Date / heure réception: _____

Nb flacons reçus: _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

MATÉRIELS

1. _____	6. _____
2. _____	7. _____
3. _____	8. _____
4. _____	9. _____
5. _____	10. _____



Le flaconnage et les fixateurs sont fournis par le laboratoire.

Commande: pathopoint@affidea.ch