

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: _____

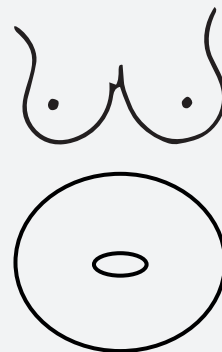
☐ URGENT

Tél: _____

RÉSERVÉ LABO

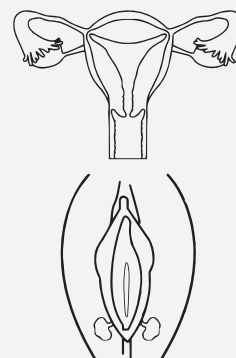
Date / heure réception: _____
Nb flacons reçus: _____

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