

PATIENT (Étiquette / Remplir)

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

Facture à: ☐ Patient ☐ Assurance ☐ Prescripteur

Fixation: ☐ Formol 4%

Infectieux: ☐ HIV ☐ HCV ☐ TBC

Traitements: _____

Prélevé le Date: _____ Heure: _____

PRESCRIPTEUR (Tampon / étiquette / Remplir)

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

Copie à: _____

☐ **URGENT**

Tél: _____

RÉSERVÉ LABO

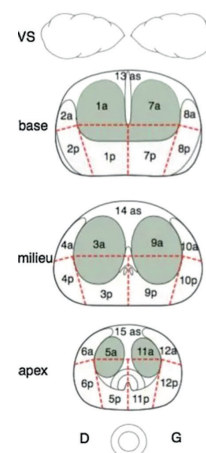
Date / heure réception: _____

Nb flacons reçus: _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

MATÉRIELS

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 8. _____ |
| 2. _____ | 9. _____ |
| 3. _____ | 10. _____ |
| 4. _____ | 11. _____ |
| 5. _____ | 12. _____ |
| 6. _____ | 13. _____ |
| 7. _____ | 14. _____ |



Le flaconnage et les fixateurs sont fournis par le laboratoire.

Commande: pathopoint@affidea.ch