



## Demande d'examen d'histopathologie CUTANÉE

Nom

Prénom

Date de naissance

Rue et N°

NPA/Lieu

TÉL:

ID du patient:

Sexe  F  M

Facture à adresser:  Patient  Caisse maladie  Hôpital  Autre

Copie(s) à:

Médecin demandeur

Curetage (C) · Excision (E) · Biopsie (PE) · Punch (P) · Shave (S)

### Localisation et prélèvement

1)

1)  C  E  PE  P  S

2)

2)  C  E  PE  P  S

3)

3)  C  E  PE  P  S

4)

4)  C  E  PE  P  S

EXAMEN EXTEMPORANÉ

TÉL:

### Cytologie

Expectoration:  I  II  III

### Renseignements cliniques

Date du prélèvement \_\_\_\_\_

