

N° PATHO.

**Prélèvement : date et heure**

Jour	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 6	<input type="text"/> 7	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 10	<input type="text"/> 11	<input type="text"/> 12	<input type="text"/> 13	<input type="text"/> 14	<input type="text"/> 15	
	<input type="text"/> 16	<input type="text"/> 17	<input type="text"/> 18	<input type="text"/> 19	<input type="text"/> 20	<input type="text"/> 21	<input type="text"/> 22	<input type="text"/> 23	<input type="text"/> 24	<input type="text"/> 25	<input type="text"/> 26	<input type="text"/> 27	<input type="text"/> 28	<input type="text"/> 29	<input type="text"/> 30	<input type="text"/> 31
Mois	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Jun	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.				
Heure	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 6	<input type="text"/> 7	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 10	<input type="text"/> 11				
	<input type="text"/> 12	<input type="text"/> 13	<input type="text"/> 14	<input type="text"/> 15	<input type="text"/> 16	<input type="text"/> 17	<input type="text"/> 18	<input type="text"/> 19	<input type="text"/> 20	<input type="text"/> 21	<input type="text"/> 22	<input type="text"/> 23				
Minute	<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 10	<input type="text"/> 15	<input type="text"/> 20	<input type="text"/> 25	<input type="text"/> 30	<input type="text"/> 35	<input type="text"/> 40	<input type="text"/> 45	<input type="text"/> 50	<input type="text"/> 55					

Facture à  Hôpital  Expéditeur  CNA/AI  
 Patient  AMF  Autres

Nom de la caisse maladie: \_\_\_\_\_ No d'assuré: \_\_\_\_\_

Copie à: \_\_\_\_\_

Diagnostic bilingue

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

**PATIENT**

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
NPA Lieu : \_\_\_\_\_  
Né(e) : \_\_\_\_\_  
Sexe :  M  F

**EXAMENS HISTOPATHOLOGIQUES ANTERIEURS?**

No: \_\_\_\_\_ Année: \_\_\_\_\_ Laboratoire: \_\_\_\_\_

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

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OU DIAGNOSTIC (à remplir par le médecin):**

**GYNECO-PATHOLOGIE:**

Date des dernières règles : \_\_\_\_\_

Parité: \_\_\_\_\_

Traitement hormonal, inhibiteur de l'ovulation  
\_\_\_\_\_

Ménopause: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Médicaments: \_\_\_\_\_

**QUESTIONS AU PATHOLOGISTE:**

**LOCALISATION DU MATÉRIEL:**

N° 1 \_\_\_\_\_

N° 2 \_\_\_\_\_

N° 3 \_\_\_\_\_

N° 4 \_\_\_\_\_

N° 5 \_\_\_\_\_

N° 6 \_\_\_\_\_

N° 7 \_\_\_\_\_

N° 8 \_\_\_\_\_

Lieu et date: \_\_\_\_\_ Signature du médecin: \_\_\_\_\_ Contact téléphonique: \_\_\_\_\_

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

Arzt / Abteilung

N° PATHO.

**Datum und Zeit der Probenentnahme**

Tag:  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

Monat:  Jan  Feb  März  Apr  Mai  Jun  Jul  Aug  Sept  Okt  Nov  Dez

Stunde:  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

Rechnung an:  Spital  Einsender  SUVA/IV  
 Patient  EMV  Andere

**PATIENT**

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum:

Geschlecht:  M  W

Name der Krankenkasse:       Versicherungsnummer:

Kopien an:

Zweisprachige Diagnose

**SNELLSCHNITTUNTERSUCHUNG**  
Antwort auf Tel.-Nr.:

### FRÜHERE HISTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN?

Nr.:       Jahr:       Institut:   
Diagnose:

### KLINISCHE ANGABEN ODER DIAGNOSE (durch den Arzt auszufüllen):

### GYNÄKO-PATHOLOGIE:

Datum der letzten Menstruation:   
Geburtenzahl:   
Hormonbehandlung, Ovulationshemmer:  
  
Menopause:  Datum:   
Medikamente:

### FRAGEN AN DEN PATHOLOGEN:

### LOKALISIERUNG DES ENTNAHMEMATERIALS

N° 1   
N° 2   
N° 3   
N° 4   
N° 5   
N° 6   
N° 7   
N° 8

Ort und Datum:       Unterschrift des anfordernden Arztes erforderlich:       Kontakt Telefon:

Sekretariat pathologie  
T. +41 (0)27 603 47 74  
ich.labo.pathologie@hopitalvs.ch

Zentralinstitut der Spitäler - Institut Central des Hôpitaux - Avenue du Gd. Champsec 86 - CP 800 - 1951 SITTEN - T: +41 (0)27 603 4800 - LABORATORIEN : Brig, Visp, Siders, Sitten, Martinach, Riviera-Chablais.