

Diagnostic histologique

Diagnostic cytologique

Expéditeur

Nom

Prénom

Cabinet/hôpital

Adresse

NPA/Lieu

Téléphone

Rapport par courriel: (seulement assuré de l'HIN)

ambulatoire stationnaire AA AI

Facture à: patient(e) demandeur

autre: (adresse complète)

Copie du rapport à: (adresse complète)

Patient(e)

Nom

Prénom

Adresse

NPA/Lieu

masculin féminin Date de naissance:

Assurance maladie

Numéro d'assuré(e)

Date de prélèvement

Diagnostic clinique/renseignements cliniques

Heure

ROUTINE, matériel fixé*

ROUTINE, matériel natif*

COUPE EXTEMPORANEE¹⁾, matériel frais*

Examen urgent¹⁾, matériel fixé*

Examen urgent¹⁾, matériel natif*

¹⁾Rappel au numéro de téléphone

Anamnèse gynécologique

Date des dernières règles:

Ménopause depuis:

grossesse

Contraception normal/DIU (lequel?)

Anciens résultats (No., année et institut):

Matériel (organe/localisation)

IMPORTANT: identifier chaque flacon!

1.

7.

2.

8.

3.

9.

4.

10.

5.

11.

6.

12.

***Matériel frais:** expédier le matériel dans une gaze imprégnée de NaCl. **Annoncer par téléphone les examens extemporanés 031 632 32 28.**

***Fixation:** formaldéhyde en solution à 4%, tamponnée. Pour les examens spéciaux voir **Präanalytik-Handbuch** (www.igmp.unibe.ch → Dienstleistung / Präanalytik-Handbuch) ou se renseigner avant le prélèvement à la réception du laboratoire (031 632 32 26).

Attention: Tous les résultats pathologiques ou suspects seront transmis au registre des tumeurs de Berne. www.krebsregister.unibe.ch.