

## HISTOPATHOLOGIE CUTANÉE

Indications indispensables. Veuillez nous les donner avec précisions s.v.p. (en majuscules)

Copie à :

M. Mme Mlle Enf. Nom

Prénom

Prénom père ou mère (si mineur)

Date de naissance

Timbre médecin :

Rue et numéro

Facture à :

N° postal

Localité

Sexe

Patient

Clinique ou hôpital

Médecin traitant

Assurance-maladie

### PRÉLÈVEMENT

Biopsie

Excision

IF Directe (Milieu de Michel)

### LOCALISATION

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES Examen(s) antérieur(s) (indiquer le N° s.v.p.)

### DIAGNOSTIC CLINIQUE

Désirs particuliers

Date du prélèvement

Réponse par téléphone

Réponse par fax