

**Pathologie
Cytologie**

 Universitätsspital Basel
 Pathologie, Schönbeinstrasse 40, CH-4031 Basel
 Telefon +41 61 265 27 57, Fax +41 61 265 20 28


Cytologie: Tel: +41 61 5565366, E-Mail zytolab@usb.ch

Nom, Prénom, Nom de naissance		Date de naissance			Sexe				
		J J	M M	A A	M	F			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Adresse (rue, N°, code postal, commune)									
<input type="checkbox"/> hospitalisation	<input type="checkbox"/> ambulatoire	Pat.-ID: N° d'affaire:							
<input type="checkbox"/> 3. Cl.*	<input type="checkbox"/> 2. Cl.	<input type="checkbox"/> 1. Cl.	<input type="checkbox"/> privé	<input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> SUVA <input type="checkbox"/> EMV <input type="checkbox"/> IV N°					
			Nom de CNA: CNA-N°:						
Date de la suppression:		Coordonnées du prescripteur (tampon, N° Tél., Fax) →							
Examens précédents (N° ou année):									
Copie à:									


* mettre une croix dans la case correspondante. En l'absence de réponse, le tarif le plus élevé sera pris en compte.

Renseignements cliniques / questions: (dans le cas de projet étude spécifier le titre de ce dernier)

.....

.....

.....

Gynécologie: 	Date des dernières règles	Thérapie hormonale
	Radiothérapie	Chimiothérapie/Rapport op
<input type="checkbox"/> Exocol	<input type="checkbox"/> Vagin	<input type="checkbox"/> Vulve
<input type="checkbox"/> Endocol	<input type="checkbox"/> Endomètre	<input type="checkbox"/> HPV-PCR
Sécrétion:	<input type="checkbox"/> Bronche	<input type="checkbox"/> Expectoration
	<input type="checkbox"/> Mamelon D G	<input type="checkbox"/> Autre
Épanchement:	<input type="checkbox"/> Ascite	<input type="checkbox"/> Plèvre
	<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> Lavage vésical
	<input type="checkbox"/> Uretère	<input type="checkbox"/> LCR
Brossage:	<input type="checkbox"/> Bronche	<input type="checkbox"/> Oesophage
	<input type="checkbox"/> Estomac	<input type="checkbox"/> Cholédoque
	<input type="checkbox"/> Oeil	<input type="checkbox"/> Côlon, rectum
Ponction à l'aiguille fine:	<input type="checkbox"/> Sein D G	<input type="checkbox"/> Ovaire D G
	<input type="checkbox"/> Thyroïde	<input type="checkbox"/> Glandes salivaires
	<input type="checkbox"/> Pancréas	<input type="checkbox"/> Médiastin
	<input type="checkbox"/> Poumon	<input type="checkbox"/> Ganglions
	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autre
Lavage bronchoalvéolaire	<input type="checkbox"/> Liquide instillé ml	<input type="checkbox"/> Problèmes techniques
	<input type="checkbox"/> Liquide recueilli ml	<input type="checkbox"/> Non fumeur
	<input type="checkbox"/> Fumeur Paquets/année	<input type="checkbox"/> HIV positif
	<input type="checkbox"/> Immunodéprimé/cause	<input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Usage de drogue/substance	<input type="checkbox"/> Mycoses
	<input type="checkbox"/> Agents infectieux: <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> TBC	
	<input type="checkbox"/> Ratio CD4/CD8	