

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 61 265 28 53 / 28 55, 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.

- Examen extemporané (accord tél. préalable)** **N° de Tél. (obligatoire)**
 Examen urgent (réponse en cours de journée) **N° de Tél. (obligatoire)**

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 <input type="checkbox"/> CINtec® PLUS (p16/Ki-67)
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"/> Douglas
	<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> Lavage vésical	<input type="checkbox"/> Bassinet
	<input type="checkbox"/> Uretère	<input type="checkbox"/> LCR	<input type="checkbox"/> Autre
Brossage:	<input type="checkbox"/> Bronche	<input type="checkbox"/> Oesophage	<input type="checkbox"/> Côlon, rectum
	<input type="checkbox"/> Estomac	<input type="checkbox"/> Cholédoque	<input type="checkbox"/> Ampoule de vater
	<input type="checkbox"/> Oeil		<input type="checkbox"/> Autre
Ponction à l'aiguille fine:	<input type="checkbox"/> Sein D G	<input type="checkbox"/> Ovaire D G	<input type="checkbox"/> Poumon
	<input type="checkbox"/> Thyroïde	<input type="checkbox"/> Glandes salivaires	<input type="checkbox"/> Ganglions
	<input type="checkbox"/> Pancréas	<input type="checkbox"/> Médiastin	<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"/> Legionella <input type="checkbox"/> Mycoses	
	<input type="checkbox"/> Agents infectieux: <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> RSV		
	<input type="checkbox"/> Quotient H/S		