

**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: .....		<b>Coordonnées du prescripteur (tampon, N° Tél., Fax)</b> →				
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)

<b>Gynécologie:</b> 	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)	
<b>Sécrétion:</b>	<input type="checkbox"/> Bronche	<input type="checkbox"/> Expectoration	<input type="checkbox"/> Mamelon D G
			<input type="checkbox"/> Autre .....
<b>Épanchement:</b>	<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 .....
<b>Brossage:</b>	<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 .....
<b>Ponction à l'aiguille fine:</b>	<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 .....
<b>Lavage bronchoalvéolaire</b>	<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		