

## DEMANDE D'ANALYSE D'UNE BIOPSIE DERMATOLOGIQUE

### IDENTIFICATION PATIENT

(étiquette ou remplir tous les champs)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Adresse : .....

.....

NISS : .....

Code Mutuelle : .....

*ETIQUETTE B-DOC*

### MEDECIN PRESCRIPTEUR

(cachet + signature)

### MEDECIN(S) A INFORMER

### PRELEVEMENT(S) (remplir tous les champs)

Date : .....

Heure : .....

URGENT

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

### MODE DE PRELEVEMENT (à détailler si nécessaire au verso) :

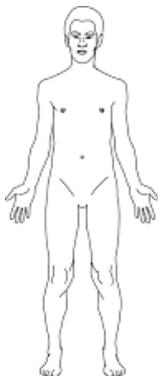
Mise à plat  Curetage  Biopsie  Exérèse

### TYPE DE LESION :

Erythème  Macule  Papule  Nodule  Pustule  Vésicule

Bulle  Ulcération  Autre : .....

### LOCALISATION :



### CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN : .....

Nombre de prélèvements : .....

## Détail des prélèvements réalisés

N°	Département	Service	Pratiquant	Prélèvement	Diagnostique	Statut
----	-------------	---------	------------	-------------	--------------	--------