



Hôpitaux
Universitaires
Genève

DÉPARTEMENT DE MEDECINE GENETIQUE
ET DE LABORATOIRE

SERVICE DE PATHOLOGIE CLINIQUE

FORMULAIRE D'ANALYSE HISTOPATHOLOGIQUE

Dre A.-L. ROUGEMONT, Dre V. FINCI

CMU, Rue Michel-Servet 1

CH - 1211 Genève 4

Tél. 022.3724912 - Fax : 022.3724906

Réception : CMU, 5^{ème} étage, local 9I-5-162
Tél. 022.3724934

Chère consœur, cher confrère,

Vous avez diagnostiqué récemment une maladie trophoblastique chez Mme, .../.../...

Cette patiente a donné son accord auprès du centre des maladies trophoblastiques (HUG), permettant ainsi l'accès à son dossier médical et une relecture des coupes histologiques avec, si nécessaire, l'ajout d'autres techniques.

A cette fin, nous vous serions reconnaissantes de bien vouloir nous envoyer à l'adresse ci-dessus :

- Une copie du formulaire de demande d'analyse du médecin traitant, avec les renseignements cliniques,
- La copie de votre rapport de pathologie,
- Les coupes histologiques et les blocs de paraffine correspondants.

Nous vous retournerons les coupes histologiques et les blocs de paraffine confiés, avec le rapport complémentaire établi sur ces échantillons.

Renseignements indispensables pour le retour des échantillons et la transmission des résultats :

Description du matériel transmis :

.....
.....

Laboratoire ayant établi le diagnostic de pathologie : (à remplir en caractères d'imprimerie s.v.p.)

Laboratoire	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Code Postal, Localité	<input type="text"/>
Pathologiste	<input type="text"/>
Tél	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>

Date :

Signature :

Nous vous remercions de votre confiance et vous prions d'accepter nos cordiales salutations.

Fait à Genève, le : .../.../....

Dre A.- L. Rougemont
079.5535045
Médecin adjointe

Dre V. Finci
079.5535045
Médecin cheffe de clinique