

## Examens de dermatopathologie

Metz | Sarreguemines | Auxerre | Dijon | Belfort | Lons | Chalon/Saône  
Lyon | Grenoble | Gap | Valence | Montélimar

### Patient

(ou étiquette d'identification)

- Nom de naissance : \_\_\_\_\_
- Nom : \_\_\_\_\_
- Prénom : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Sexe : ☐ Femme ☐ Homme
- Adresse : \_\_\_\_\_
- Code postal : \_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pour une prise en charge du patient à 100%

Joindre le ticket d'impression de carte vitale et toutes attestations nécessaires à l'identification et au remboursement du patient.

OU renseigner les informations ci-dessous

N° SS : \_\_\_\_

Code régime : \_\_\_\_ N° caisse : \_\_\_\_ N° centre : \_\_\_\_

☐ CMU ☐ ALD (Merci de joindre l'attestation)

N° AMC (cf. carte de mutuelle) :

### Prescripteur

Date de la demande : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Nom du médecin : \_\_\_\_\_
- Prénom : \_\_\_\_\_
- Etablissement : \_\_\_\_\_
- Autre(s) destinataire(s) de résultats : \_\_\_\_\_
- Facturation : ☐ Patient ☐ Etablissement

Cadre réservé au Cabinet Médical de Pathologie

### Renseignements cliniques | Prélèvements

Antécédents, histoire de la maladie, autres renseignements

☐ URGENT

Nature des prélèvements

Nombre de fragments  Nombre de flacons

Droit ☐ Gauche ☐

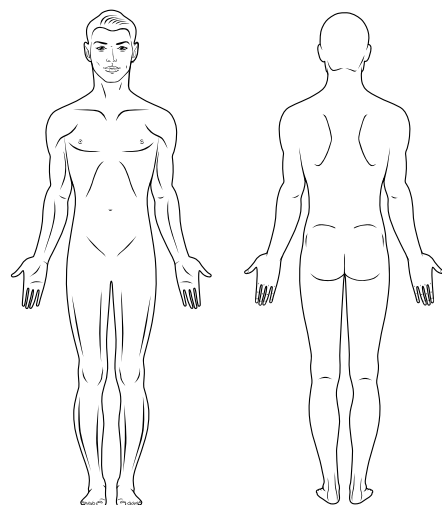
☐ Biopsie(s)

☐ Exérèse(s)

☐ Immunofluorescence directe

☐ Examen(s) antérieur(s)

Heures de prélèvement : \_\_\_\_ de fixation : \_\_\_\_



H	f
C	s
M	
R	
V	
B	

Date de réception : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Récpt : \_\_\_\_\_

FA FV FN IP RA MC EP NP BA DV

Les données recueillies dans ce bon de demande d'examen sont enregistrées au sein de notre système informatique de gestion des dossiers «patient». Elles sont nécessaires au traitement et à la traçabilité des demandes d'examen garantissant la continuité de la prise en charge sanitaire et la délivrance des soins appropriés. Ces données peuvent être transmises à des laboratoires sous-traitants pour la réalisation de techniques complémentaires jugées nécessaires par nos médecins pathologistes. En accord avec le Règlement européen sur la protection des données (RGPD), les patients disposent, sous certaines conditions, d'un droit d'opposition, de rectification et de limitation du traitement de ses données. Pour plus d'informations, veuillez nous contacter à l'adresse dpo@cypath.fr