

**Patient**

Date de naissance : le ..... / ..... / .....

Sexe : ♀ ♂

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... N° : .....

Code postal : ..... Localité : .....



↩ Apposer ici une vignette de mutuelle

Noter ici votre numéro N.I.S.S.

.....

**Prélèvement**

Effectué le ..... / ..... / .....

**ONGLES :**

**HISTOLOGIE UNIQUEMENT**

**Prélèvement de 3x3 mm minimum requis !**

.....



Enveloppe pour prélèvements

Localisation : .....

Renseignements cliniques : .....

.....  
.....  
.....

Copie  au Dr .....

au patient.....

Cachet du médecin :

Signature :