



Prescription d'examens combinés

Biopsies cutanées, cheveux, ongles, Squames/frottis

Patient

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

Sexe : ♀ ♂

Nom :

Prénom :

Adresse : N° :

Code postal :

Localité :



⇐ **Apposez ici une vignette de mutuelle**
Notez ici votre n° N.I.S.S.

.....

Prélèvement

Effectué le/...../.....

Squames	<input type="checkbox"/>	⇒	Examens Mycologiques	<input type="checkbox"/>
Frottis	<input type="checkbox"/>	⇒	Examens Mycologiques	<input type="checkbox"/>
Ongles	<input type="checkbox"/>	⇒	Examens Mycologiques (ED, culture, histologie)	<input type="checkbox"/>
Cheveux	<input type="checkbox"/>	⇒	Trichogramme	<input type="checkbox"/>
			Lumière polarisée	<input type="checkbox"/>
Biopsie cutanée	<input type="checkbox"/>	⇒	Microscopie optique	<input type="checkbox"/>
			Microscopie électronique	<input type="checkbox"/>
			Immunofluorescence	<input type="checkbox"/>
			Autres :	

Enveloppe pour prélèvements

Localisation :

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

Renseignements cliniques :

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

Copie: au Dr
 au patient



Cachet du médecin :

Signature :