



# Prescription d'examen biopsie cutanée

## Microscopie optique, microscopie électronique, immunofluorescence

Etiquette/Données du patient :

Né(e) le : ...../...../.....  
Sexe : ♀ ♂

**Copie à envoyer au :**  
Dr .....  
.....  
.....  
.....  
Dr .....  
.....  
.....

Date du prélèvement : ...../...../.....  URGENT  DELAI NORMAL

Nombre total de prélèvements : .....  
Protocoles antérieurs : .....

M. Optique **Examen**  M. Electronique  Immunofluorescence

Biopsie  Curetage **Nature du prélèvement**  Mise à plat  Exerese in toro

**Localisation :**  
.....  
.....  
.....

**Renseignements cliniques :**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Cachet du médecin :

Signature :

