

## PATHOLOGIE OCULO-ORBITAIRE

N° EXAMEN : \_\_\_\_\_

**MÉDECIN**

## ÉTIQUETTE LABORATOIRE

<b>NOM PRÉNOM DU MÉDECIN :</b>					
<b>CLINIQUE/ CENTRE :</b>	Adresse :				
Autres médecins à informer :				<b>Facturation :</b>	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Clinique
<b>Date du prélèvement :</b>		<b>Heure de prélèvement :</b>		<b>Heure de fixation :</b>	

**PATIENT**

<b>NOM :</b>			<b>DDN :</b>		
<b>PRÉNOM :</b>			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<b>Téléphone :</b>	
<b>ADRESSE :</b>				<b>Email :</b>	
<b>N° DE SÉCURITÉ SOCIALE</b>		Caisse gestionnaire		Code régime	

Bénéficiaire :  CMU  C2S  AME  ALD  INVAL  
Joindre impérativement copie attestation de droits

Accord du patient pour la dématérialisation de la facture

**PRÉLÈVEMENT**

Examen Extemporané :  Oui  Non  **URGENT**

Nombre de flacons réceptionnés :

EXAMENS ANATOMO-PATHOLOGIQUES ANTÉRIEURS :			
<b>N° :</b>	<b>Date :</b>		<b>Résultats :</b>
Antécédents de cancer :			Si oui, date de diagnostic :

CHIRURGIE :					
<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> Exérèse	<input type="checkbox"/> Résection pentagonale	<input type="checkbox"/> Kératoplastie	<input type="checkbox"/> Eviscération	<input type="checkbox"/> Enucléation

Localisation de prélèvements <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/> OD	Signes cliniques
<input type="checkbox"/> Cornée <input type="checkbox"/> Membrane de Descemet  <input type="checkbox"/> Paupière supérieure <input type="checkbox"/> Paupière inférieure <input type="checkbox"/> Conjonctive palpébrale <input type="checkbox"/> Conjonctive bulbaire  <input type="checkbox"/> Glande lacrymale <input type="checkbox"/> Glandes salivaires accessoires <input type="checkbox"/> Biopsie d'artère temporale <input type="checkbox"/> Orbite <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Kératocône : Stade <input type="checkbox"/> Dystrophie <input type="checkbox"/> Décompensation <input type="checkbox"/> Ptérygion <input type="checkbox"/> Kyste : <input type="checkbox"/> Chalazion <input type="checkbox"/> Xanthelasma <input type="checkbox"/> Papillome <input type="checkbox"/> Naevus <input type="checkbox"/> Dacryocystite <input type="checkbox"/> Adénome <input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde <input type="checkbox"/> Carcinome basocellulaire <input type="checkbox"/> Mélanome <input type="checkbox"/> Lymphome <input type="checkbox"/> Autre :

DISCLAIMER : Unilabs France traite avec attention vos données à caractère personnel. Dans le cadre du RGPD, nous reconnaissons vos droits en tant que personne concernée. Pour plus d'informations, veuillez consulter <http://www.unilabs.fr>. Rubrique « Protection des données »