

No dossier (réservé)

Date de réception (réservé)

**HISTOPATHOLOGIE
DEMANDE D'EXAMEN**

Information patient	Information dentiste
Nom : _____ Prénom : _____	Nom : _____ Prénom : _____
Genre (encerclé) : Masculin / Féminin	Adresse : _____
Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ____/____/____	_____
	Téléphone : (____) _____ - _____
	Télécopieur* : (____) _____ - _____

Biopsie incisionnelle Biopsie excisionnelle Biopsie à l'aiguille fine Frottis IFD (sol. de Michel)

Radiographie : Aucune Originale Duplicata

Détails: _____

Date du prélèvement : (jj/mm/aaaa) : ____/____/____

Nature et siège du prélèvement : _____

Renseignements cliniques : _____

Diagnostic différentiel : _____

Signature : _____ Date : ____/____/____

Paiement : Chèque** <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/>
Nom du titulaire de la carte de crédit : _____
Numéro de la carte : _____
Date d'expiration : ____/____
Montant payé: _____, \$ Signature : _____ Date : ____/____/____

* Le numéro de télécopieur servira à vous transmettre le rapport de façon plus rapide. Ne l'oubliez pas!

**Veuillez faire votre chèque à l'ordre du SHBMF et y inscrire sous « note » votre nom et les initiales du patient. Merci.