

**PYRENEES PATHOLOGIE**  
**6, passage de l'Europe - 64000 PAU**  
**Tél. 05 59 32 04 00 - Fax 05 59 62 70 23**

**URGENT**

Dr. BRUELLE - Dr. DUPIAS - Dr. ETCHANDY  
Dr. EYREMANDI - Dr. GINESTET - Dr. KERVAREC  
Dr. LEINER - Dr. MANENT - Dr. ROMARY

**Examen à facturer :**

Au patient  A la clinique

**DEMANDE D'EXAMEN**  
**ANATOMO-PATHOLOGIQUE**

Nom et prénom du patient.....

Nom de naissance (si différent) : ..... Sexe.....

Date de naissance..... Tel .....

Adresse.....

N° Sécurité Sociale.....Caisse.....

Examen demandé par le Docteur.....

Autre médecin à qui envoyer le résultat .....

Médecin traitant .....

Date de la mise en liquide fixateur.....

Biopsie  pièce opératoire (exérèse)

**Localisation et description de la lésion.....**

.....

.....

.....

**IMPORTANT :**

- **Biopsie antérieure :**  OUI  NON si oui, N° d'examen : .....

- **Antécédents :**.....

.....

- **Hypothèses diagnostiques :**.....

.....

.....

.....