

**SERVICE DE PATHOLOGIE BUCCALE****Faculté de médecine dentaire**

Pavillon Roger-Gaudry | Local A-209  
2900, boul. Édouard-Montpetit | Montréal (QC) H3T 1J4

**Espace réservé au laboratoire**

Date de réception : \_\_\_\_\_

Numéro de laboratoire : \_\_\_\_\_

**Docteur Adel Kauzman 514 343-6081****Docteure Gisèle Mainville 514 343-6111 x37381****IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

DDN : JJ/MM/AAAA

Sexe : M F

Numéro RAMQ : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Patient UdeM : NON  OUI  (# Dossier) \_\_\_\_\_**IDENTIFICATION DU CLINICIEN**

Nom : \_\_\_\_\_ # de permis : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la clinique : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel clinicien : \_\_\_\_\_

Courriel clinique si différent : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation si différente : \_\_\_\_\_

Rapport :  Électronique (fournir adresse courriel)  Fax (fournir numéro de télécopieur)**PRÉLÈVEMENT**Date et heure du prélèvement : JJ/MM/AAAA HH : MM Biopsie Incisionnelle  Excisionnelle 

Site : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

(description de la lésion et histoire médicale pertinente)

Tabac : \_\_\_\_\_ Alcool : \_\_\_\_\_

Diagnostic / diagnostic différentiel : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS ADDITIONNELLES**Radiographies fournies  Photos cliniques fournies  Par courriel  Imprimées Biopsie(s) précédente(s) à l'UdeM : NON  OUI  (# cas) \_\_\_\_\_ Cocher pour commander # \_\_\_\_\_ bouteille(s) de formaline

Signature du clinicien : \_\_\_\_\_

Date : JJ/MM/AAAA