



## Demande du test Stockholm3

**Nom** \_\_\_\_\_  
**Prénom** \_\_\_\_\_  
**Date de naissance** \_\_\_\_\_  
**Rue/No.** \_\_\_\_\_  
**Code postal/Lieu de résidence** \_\_\_\_\_

### Informations cliniques (à compléter obligatoirement)

Âge du patient au moment de la prise de sang: \_\_\_\_\_ ans

Un cancer de la prostate a-t-il déjà été diagnostiqué chez un frère/fils du patient?  oui  non  inconnu

Le patient prend-il ou a-t-il pris au cours des trois derniers mois régulièrement l'un des médicaments suivants: Avodart, Dutastéride, Proscar ou Finastéride?  oui  non  inconnu

Le patient a-t-il déjà subi une biopsie de la prostate?  oui  non  inconnu

### Prise en charge des frais

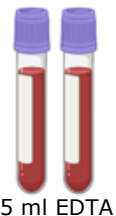
J'ai été informé que ce test est nouveau en Suisse. En général, la caisse d'assurance maladie prend en charge les frais du test. Il est toutefois possible que ma caisse d'assurance maladie refuse cette prise en charge dans le cadre de l'assurance de base et/ou d'éventuelles assurances complémentaires.

Je confirme par la présente que je suis prêt à régler moi-même les frais de laboratoire pour le test Stockholm3 à hauteur de CHF 502.- si ma caisse d'assurance maladie refuse cette prise en charge.

Lieu, Date: \_\_\_\_\_ Signature du patient: \_\_\_\_\_

Veillez envoyer dans l'enveloppe préaffranchie **deux (2) tubes EDTA à 5 ml** remplis du sang du patient à:

Institut für histologische und zytologische Diagnostik AG  
Stockholm3  
Dr. med. Milo Horcic  
**Talstrasse 2**  
**8702 Zollikon**



5 ml EDTA

**Veillez ne pas effectuer d'envoi avant un week-end ou un jour férié!**

En cas de doute, contactez par téléphone le 044 444 34 00

**Date/ temps du prélèvement:**

**Nom et cachet du médecin/de l'hôpital:**

\_\_\_\_\_

Rapport par e-mail: \_\_\_\_\_  
(uniquement les adresses électroniques cryptées par HIN)