



**DIAGNOSTIQUE / Service de Médecine de Laboratoire**

Centre d'accueil des prélèvements (CAP)  
Bâtiment des Laboratoires (BATLab), local 8D-0-850.1  
4 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14

**Laboratoire d'Hématologie**

**HEMATO- Moelle**

<https://www.hug.ch/feuilles-de-demande>

Médecin responsable : Dr K. Samii (022 37) 23 929  
Responsable du laboratoire : Dr sc P. Cohen (022 37) 27 370  
Labo direct ou résultats : Tél. /Fax : (022 37) 27 271/ 29 777  
Centre d'accueil des prélèvements (CAP) : Tél (022 37) 21 800

M.  Mme  (SVP: en caractères d'imprimerie)

Nom:.....

Nom de jeune fille :.....

Prénom :.....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Représentant légal si patient mineur : père mère

Nom/prénom : .....

Rue/N°:.....

Localité, No postal :.....

Unité d'hospitalisation : ..... Médecin :.....

N° EdS : .....

Adresse pour facturation: Patient Demandeur Assurance

Nature du cas : Maladie AI Accident Maternité

N° AVS (AI obligatoire) : .....

Assurance : ..... N° Assuré : .....

**Prescripteur** (Nom/Prénom - Rue/N° - Localité, No postal - Tel/Fax) :

**Identification laboratoire :**

**Médecins en copie** (Nom/Prénom - Rue/N° - Localité, No postal - Tel/Fax): *Le laboratoire demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins que le médecin prescripteur :*

Prélèvement du : ..... Heure : .....

Renseignements obligatoires ( diagnostic et/ou traitement etc.) :

Opposition du patient à l'enregistrement des résultats de cette demande dans le dossier patient informatique (DPI) des HUG

Accord du patient pour l'utilisation de l'échantillon à des fins de recherche

**ASPIRATION / BIOPSIE DE MOELLE**

1x Hemogard mauve 3 ml pour moelle + 1x Hemogard mauve 3 ml pour sgv  
Transmettre directement au laboratoire d'hématologie

**Renseignements/Indications à l'examen**

- Patient en présentation initiale
- En rechute
- Sous traitement (lequel ?) :
- Après transplantation allogénique
- Après autogreffe
- Autre :  
*(certaines analyses peuvent être non accréditées)*

**Renseignements Cliniques**

**Nom du Médecin**

**Tél :**

**Le médecin doit vérifier l'identification du prélèvement.**

Volume d'aspiration (nb de tubes EDTA ou ml totaux) : .....

**Vérifier la présence de grumeaux par un étalement au lit du malade.**

Présence de grumeaux  oui  non

Si la moelle est vide une empreinte a-t-elle été faite ?  oui  non

Nombre de lames à préparer : .....

Nombre de lames à colorer (M.M.G.) : .....



Acheminement des échantillons au laboratoire **avant 15h30**, par les médecins : **à température ambiante.**

Les frottis doivent être effectués **dans les 4 heures suivant la ponction de moelle.**