



HEMATO-PED-Moelle

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

Médecin responsable : Dre I. Kern (022 37) 27 353

Responsable du laboratoire/Resp.Technique : Dr sc P. Cohen (022 37) 27 370

BATIMENT de Pédiatrie

1^{er} étage local 1A-1-326

TEL: (+41) (0)22 / 382 45 43

(+41) (0)22 / 382 45 42

(+41) (0)22 / 382 46 02

FAX: (+41) (0)22 / 372 47 65

PRESCRIPTEUR : MEDECIN / INSTITUTION

Nom Prénom:

Téléphone : Fax :

Adresse: Rue : N° :

Code Postal : Ville :

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 :

Date du prélèvement :/...../..... **Heure** :

ECHANTILLON N° :

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

NATURE DE L'ECHANTILLON :



MOELLE

Tube : Hémogard mauve 3ml

Cytologie Médullaire Pédiatrique (frottis, répartition)

Contactez le Laboratoire d'Hématologie – Antenne Pédiatrie : Tél 24 543