



**DIAGNOSTIQUE / Service de Médecine de Laboratoire**  
Hôpital des enfants, Rue Willy Donzé 6, 1205 Genève

Laboratoire d'Hématologie – Antenne Pédiatrie

## HEMATO-PED-Moelle

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

Médecin référent : Dre I. Kittler (079 55) 34067

Responsable du laboratoire *ad interim* : Pr. P. Fontana

Responsable du laboratoire associé et

responsable technique : Dr sc P. Cohen (022 37) 27 370

E-mail : [laboratoire.hematologie@hcuge.ch](mailto:laboratoire.hematologie@hcuge.ch)

**BATIMENT de Pédiatrie**

1<sup>er</sup> 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**