

HEMATO-PED-Std

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

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

DIAGNOSTIC et / ou TRAITEMENT:

NATURE DE L'ECHANTILLON: SANG

CHIMIE		
<input type="checkbox"/>	Bilirubine totale	MICROTAINER VERT 0.6 ml
<input type="checkbox"/>	Hématocrite	

HEMATOLOGIE : uniquement sur sang capillaire prélevé par le labo !		
<input type="checkbox"/>	FS (Hb + Hct + Erythro + Leuco + Thrombo)	PRELEVEMENT CAPILLAIRE PAR LE LABO
<input type="checkbox"/>	Répartition + FS	
<input type="checkbox"/>	Réticulocytes (Erythro + Hb + Hct)	
<input type="checkbox"/>	Thrombocytes	
<input type="checkbox"/>	CRP POCT	
<input type="checkbox"/>	Prise de sang faite par le labo	

Remarques: