

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

Laboratoire d'Hématologie et d'hémostase – Antenne Pédiatrie

**HEMATO-PED**

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

Responsable du laboratoire : Dr. sc Patrick COHEN (022 37) 27 370

Responsable technique : Dre. sc Luna RUFFEL (079 55) 35 858

E-mail : [laboratoire.hematologie@hug.ch](mailto:laboratoire.hematologie@hug.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**

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 : MEDECIN / INSTITUTION**

Nom Prénom: .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Adresse: Rue : ..... N° : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**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**

<b>HEMATOLOGIE : uniquement sur sang capillaire prélevé par le labo !</b>	
<input type="checkbox"/>	FS (Hb + Hct +Erythro + Leuco + Thrombo)
<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

**PRELEVEMENT  
CAPILLAIRE PAR LE  
LABO**

**Remarques**:.....