Hôpitaux Universitaires Genève

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

Laboratoire d'Hématologie – Antenne Pédiatrie

HEMATO-PED

https://www.hug.ch/feuilles-de-demande
Médecin référent : Dre I. Kittler (079 55) 34067
Responsable du laboratoire *ad interim* : Prof. P. Fontana
Responsable du laboratoire associé : Dr sc. P. Cohen (022 37) 27 370
E-mail : laboratoire.hematologie@hcuge.ch

BATIMENT de Pédiatrie
1er 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**

HEMATOLOGIE : uniquement sur sang capillaire prélevé par le labo !		
❑	**FS (Hb + Hct +Erythro + Leuco + Thrombo)**	**PRELEVEMENT CAPILLAIRE PAR LE LABO**
❑	**Répartition + FS**	
❑	**Réticulocytes (Erythro + Hb + Hct)**	
❑	**Thrombocytes**	
❑	**CRP POCT**	
❑	**Prise de sang faite par le labo**	

Remarques:……