

Dpt. d'Oncologie
Service d'Hématologie

Dpt. DIAGNOSTIQUE
Service de Médecine de laboratoire
4 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14
Bâtiment des Laboratoires (BATLab)

Laboratoire d'Hématologie - local 9N-0-201

HEMATO- Consult

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

Médecin responsable : Dr K. Samii (022 37) 23 929
Responsable du laboratoire : Dr sc O. Cohen (022 37) 27 370
Labo direct : Tél. : (022 37) 27 271

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 :

Demande de consultation hématologique (expertise médicale)

Chaque demande de consultation hématologique doit être accompagnée d'un tube EDTA de 3 ml pour l'hémogramme (Hémogard mauve, 3 ml) et d'un appel au (07955) 33 893.

MOTIF DE L'HOSPITALISATION

ANTECEDENTS HEMATOLOGIQUE ET CONSULTATIONS HEMATOLOGIQUES PRECEDENTES

QUESTION POSEE A L'HEMATOLOGUE

EXAMEN CLINIQUE

Adénopathies	oui*	non*	si oui, localisation :
Splénomégalie	oui*	non*	
Hépatomégalie	oui*	non*	
Lésions cutanées	oui*	non*	si oui, type :

FORMULE SANGUINE ET VS (indiquer les paramètres pathologiques)

Hb : Ht : Leuco : Thrombo : VS :

AUTRES EXAMENS DE LABORATOIRE

Fer :	Transferrine :	Ferritine :
Bilirubine :	LDH :	
Folates :	B12 :	

MÉDICAMENTS

REMARQUES

* Biffer ce qui ne convient pas

Obligatoire et lisible SVP

Nom du médecin :

Tél :