

## DEMANDE DE CONSULTATION EN HÉMATOLOGIE

Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce document et de le renvoyer par fax en joignant les copies des derniers examens de laboratoire et de radiologie. **FAX : 021 314 92 95 / Tél : 021 314 42 22**

Une fois les informations reçues, le superviseur d'hématologie prendra connaissance de la demande et convoquera le patient pour agender un rendez-vous selon le degré d'urgence de la prise en charge.

**En cas d'extrême urgence, merci de diriger votre patient vers le service des urgences.**

COORDONNEES PATIENT	DEMANDE DU :
Nom, prénom : _____	Médecin demandeur : _____
Adresse: _____ _____	Adresse : _____ _____
Date naissance : _____	Tél/fax médecin : _____
Téléphone patient : _____	

**Motif de consultation :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Résumé du cas :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Derniers examens de laboratoire**  
*merci de joindre les copies des résultats*

- Formule sanguine complète
- Tests hémostase
- Chimie sanguine
- Tests d'hémostase
- Sérologies virales
- Analyses génétiques
- Cytologie / histologie moelle ou ganglions
- Documents annexés de résumé de cas

**Derniers examens radiologiques**  
*merci de joindre les copies des résultats*

- Radio thorax ou autre
- US (abdominal)
- Doppler
- CT scan
- PET-CT
- IRM

**Traitements actuels :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature médecin traitant :