



**Biopathologie**  
**Pr Luc Xerri**  
**Hématologie cellulaire**  
**Dr A. Murati**  
 Dr C. Cordier  
 Dr C. Bozian  
 Dr V. Gelsi-Boyer  
 Dr F. Golesi  
 Dr A.C. Lhoumeau  
**Cytogénétique - FISH/PCR**  
**Dr M.J. Mozziconacci**  
 Dr A. Ittel

**PRESCRIPTION D'EXAMEN ONCO-HEMATOLOGIQUE**

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16  
 SECRETARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 57 / Fax : 04 91 22 35 44

1378 - V5

**Ne pas remplir**  
 (Réservé au laboratoire)  
 Numéro  
 d'enregistrement

**Oncogénétique moléculaire**  
**Pr H. Sobol**  
 Dr A.S Alary  
 V. Bourdon  
 T. Noguchi  
 Dr C. Popovici  
 Dr A. Remenieras

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

**Renseignements Patient**

Nom de naissance :  
 Nom usuel :  
 Prénom :  
 Date de naissance :  
 Sexe :                      IPP :

 **EN L'ABSENCE D'UN BON DE PRISE EN CHARGE RENSEIGNÉ, LA PRESCRIPTION NE SERA PAS TRAITÉE ET LES EXAMENS NE SERONT PAS RÉALISÉS.**

**DESTINATAIRE DU COMPTE-RENDU DE RÉSULTATS**

Nom : ..... Prénom : .....

Établissement : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Fax : .....

**ÉTABLISSEMENT À FACTURER**

Nom : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Cachet :

Date de réception :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	Oui	Non
		Motif : .....		