



COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur: _____

Adresse: _____

CP: _____ Ville: _____

Téléphone: _____ Télécopie: _____

E mail: _____

PATIENT

Nom: _____

Nom d'épouse: _____

Prénom: _____

Né(e) le: _____

Sexe: F M

SERVICE CLINIQUE

Nom du ou des: _____

Médecins prescripteurs: _____

Téléphone: _____

Date de l'examen: _____

Votre référence: _____

Service/Unité: _____

PRELEVEMENT(S)

- Date de prélèvement: _____

EXAMEN(S) DEMANDE(S)

- Préciser impérativement: _____

- Motif de la demande: _____

- Diagnostic clinique évoqué: _____

Pôle de Biologie Pathologie Génétique du CHU de Lille
Bd du Professeur J. Lecfereq
59037 LILLE Cedex