



**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

Dr D. Sciortino

Dr S. Allelova

**Cytogénétique - FISH/PCR****Dr M.J. Mozziconacci**

Dr M. Duranjou

Dr A. Ittel

**Oncogénétique  
moléculaire****Pr H. Sobol**

Dr M. Adi Wijayanto

Dr A.S Alary

V. Bourdon

Dr A. Hadjadj Aoul

T. Noguchi

Dr C. Popovici

Dr A. Remenieras

INSTITUT PAOLI-CALMETTES

un|cancer Marseille

Département de Biologie du Cancer : Pr Hagay Sobol

**PRESCRIPTION D'EXAMEN ONCO-HÉMATOLOGIQUE**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 - V7

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