

FORMULAIRE D'ADRESSAGE

Bilan diagnostique – Parcours hépatite B et/ou C

Destiné aux patients avec hépatite B et/ou C nouvellement diagnostiquée ou en rupture de suivi.

COORDONNEES DU PATIENT

Nom : _____ Nom de naissance _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone: _____

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

MOTIF DE LA DEMANDE :

Bilan diagnostique réalisé au Centre Médical Europe comprenant : analyse sanguine, échographie abdominale et fibroscan.

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Signature et cachet du prescripteur :