



## 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 :