

**VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT
(EN LETTRES MOULÉES)
Résultats des analyses sanguines**

Télécopier à : 1 800 497-9592

Patient(s) Résultats d'examens hématologiques

Initiales	Date de naissance	Numéro de GenCAR (PROV. + n° D'ASS. MAL.)*	Polynucléaires neutrophiles (nombre absolu) X10 ⁹ /L	Date du prélèvement sanguin
Prén. Nom	Jour Mois Année			Jour Mois Année
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom de la personne transmettant ces résultats – EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

Nom : _____

Lieu du traitement : _____

N° de tél. : (_____) _____

Veillez indiquer le n° de GenCAR* lorsque vous envoyez les résultats. Pour toute question, veuillez communiquer avec GenCAR au 1 866 501-3338.

* Province + n° d'assurance maladie (p. ex., QC999999999)