

**Demande de rendez-vous (RV) au Dépt. Hématologie du CHL<sup>1</sup>**  
(à renvoyer par email à Sec.Hemato@chl.lu)

Nom et Prénom: .....

adresse : .....

.....

tél. Portable : .....

email : .....

matricule : .....

☐ 1er RV (demandé chez Dr. Susan CORTEZ-CLEMENTE)

☐ RV de suivi annuel (dernier RV, le .....)

**Hémophilie**

Type : ☐ A ☐ B ☐ autre: (préciser).....

Degré: ☐ sévère ☐ modérée ☐ légère

Produit utilisé: .....de la firme:.....

Posologie/Dosage:.....

**Pharmacie hospitalière choisie pour commander et retirer le produit (veuillez cocher):**

..... CHL (Centre Hospitalier de Luxembourg)

..... CHEM (Centre Hospitalier Emile-Mayrisch, Esch/A.)

..... HRS (Hôpitaux Robert Schuman, Kirchberg)

..... CHdN (Centre Hospitalier du Nord, Ettelbruck)

**Rapport médical rédigé par IHT (Institut für Exp. Hämatologie und Transfusionsmedizin, Universitätsklinikum Bonn)**

☐ annexé (obligatoire lors du 1er RV)

☐ annexé (souhaitable lors des RV ultérieurs, si changements)

**Remarques:**

.....

.....

---

1 CHL Formulaire de prise de RV au Service Hémato. 18.12.2025