

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

Secrétariat :

Tél : +33 1 34 40 20 20
Fax : +33 1 34 40 21 29

(doit obligatoirement accompagner une feuille de demande d'exams)

PATIENT	PRESCRIPTEUR
Nom Prénom Nom de naissance..... Date de naissance :/...../..... Sexe : I_ I	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Cachet obligatoire </div> Signature :

PRELEVEMENT

Nature : Sang total EDTA Moelle EDTA Ganglions liquides de ponction (sauf liq péritonéal et LCR):

Date de prélèvement : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Heure de prélèvement : |_|_| h |_|_| N° Client : C |_|_|_|_|_|

Nom du préleveur

RENSEIGNEMENTS CLINICO-BIOLOGIQUES

Merci de nous transmettre impérativement les résultats du dernier hémogramme et du myélogramme (si réalisé)

Antécédents :

Hypothèse : LAM LAL SMD SMP (PV/TE/MF) LMC LMMC Myélome/MGUS Waldenström
 Lymphoprolifération B : Lymphoprolifération T : Aplasie médullaire
 Anémie hémolytique Suivi patient sous Rituximab Autres :

Signes cliniques Splénomégalie Adénopathies Autres :

Traitement en cours :

NFS GBHbVGM Plaquettes PNNPNE.....
 PNB Lymphocytes Monocytes Myélémie Blastes.....

CYTOLOGIE

<input type="checkbox"/> MYELOGRAMME : <input type="checkbox"/> Sternal <input type="checkbox"/> Iliaque	2 frottis de sang +3 frottis de moelle non colorés.
<input type="checkbox"/> ADENOGRAMME	2 frottis de sang + 3 frottis de suc ganglionnaire non colorés.
<input type="checkbox"/> FORMULE SANGUINE (recherche de cellules de Sézary, ATL, Blastes, ...)	3 frottis de sang non colorés.
<input type="checkbox"/> CYTOCHIMIE	<input type="checkbox"/> Coloration de Perls : 3 frottis de moelle non colorés. <input type="checkbox"/> Coloration des myéloperoxydases : 3 frottis non colorés

CYTOMETRIE

<input type="checkbox"/> IMMUNOPHENOTYPAGE LYMPHOCYTAIRE <input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> Sang	5 ml de sang total ou 2 ml de moelle EDTA + 2 frottis non colorés. Prélèvement réalisé le jour de l'envoi
<input type="checkbox"/> IMMUNOPHENOTYPAGE LEUCEMIE AIGUË <input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> Sang	5 ml de sang total ou 2 ml de moelle EDTA + 2 frottis non colorés. Prélèvement réalisé le jour de l'envoi
<input type="checkbox"/> IMMUNOPHENOTYPAGE PLASMOCYTAIRE <input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> Sang	5 ml de sang total ou 2 ml de moelle EDTA. + 2 frottis non colorés. Prélèvement à réaliser le jour de l'envoi
<input type="checkbox"/> IMMUNOPHENOTYPAGE MONOCYTAIRE (uniquement sur sang)	5 ml de sang total EDTA + 2 frottis de sang non colorés. Prélèvement à réaliser le jour de l'envoi.
<input type="checkbox"/> RECHERCHE DE CLONE HPN (uniquement sur sang)	5 ml de sang total EDTA + 2 frottis de sang non colorés. Prélèvement à réaliser le jour de l'envoi.
<input type="checkbox"/> RECHERCHE DE SPHEROCYTOSE HEREDITAIRE TEST EMA (uniquement sur sang)	5 ml de sang total EDTA + 2 frottis de sang non coloré. Prélèvement à réaliser le jour de l'envoi.