

Bon de demande

Hématologie cellulaire spécialisée

Date de demande du test :

PATIENT·E

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Sexe : F H

FACTURE

N°S.S :

Régime : __ Département : ___ Centre : ____

Mutuelle :

Facturation : Acte HN Patient Clinique

Autre :

ÉTABLISSEMENT PRESCRIPTEUR

Service :

Date de la demande :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Docteur :

Adresse :

Tél. :

Fax :

MERCI DE JOINDRE L'ORDONNANCE ASSOCIÉE**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à renseigner impérativement)****Merci de nous joindre impérativement les résultats du dernier hémogramme**

Antécédents :

DIAGNOSTIC : LLC/Lymphoprolifération B :

Waldenström

Lymphoprolifération T :

LAM

LAL

SMD

SMP (PV/TE/MF) :

LMC

LMMC

Myélome/MGUS

Aplasie médullaire

Suivi patient sous traitement anti-CD20

Autre :

SUIVI : Préciser la pathologie :**SIGNES CLINIQUES :** Adénopathies Splénomégalie

Autres :

NFS : Hb :

VGM :

GB :

Plaquettes :

PNN :

PNE :

PNB :

Lymphocytes :

Monocytes :

Myélémie :

Blastes :

CYTOLOGIE MEDULLAIRE

Myélogramme Sternal Iliaque

Empreinte de Biopsie Ostéo-Médullaire (BOM)

Cytochimie : coloration de Perls

4 frottis de moelle non colorés
(BOM 1 à 2 lames)**IMMUNOPHENOTYPAGE DES HEMOPATHIES MALIGNES**

Immunophénotypage Lymphocytaire Sang Moelle

Immunophénotypage Lymphocytes B CD19

Immunophénotypage Leucémie Aiguë Sang Moelle

Immunophénotypage Monocytaire (sang uniquement)

3 mL de sang total ou 2 mL de moelle EDTA + 2 frottis non colorés
Prélèvement à réaliser le jour de l'envoi**CADRE RÉSERVÉ AU PLATEAU TECHNIQUE**

Date de Réception : / / Heure : h Initiales : Conformité : Oui Non