



## HEMATOLOGIE CELLULAIRE CYTOLOGIE-IMMUNOPHENOTYPAGE

### 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'examens)

PATIENT	PRESCRIPTEUR
Nom ..... Prénom ..... Nom de naissance..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe : I_ _I	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;">Cachet obligatoire</div> Signature :
PRELEVEMENT	
<b>Nature :</b> <input type="checkbox"/> Sang total EDTA <input type="checkbox"/> Moelle EDTA <input type="checkbox"/> Ganglions <input type="checkbox"/> liquides de ponction (sauf liq péritonéal et LCR): ..... <b>Date de prélèvement :</b>  _ _ / _ _ / _ _ _ _  <b>Heure de prélèvement :</b>  _ _  h  _ _  <b>N° Client :</b> C  _ _ _ _ _ _ _  <b>Nom du préleveur</b> .....	
RENSEIGNEMENTS CLINICO-BIOLOGIQUES	
<b>Merci de nous transmettre impérativement les résultats du dernier hémogramme et du myélogramme (si réalisé)</b>	
<b>Antécédents :</b> ..... <b>Hypothèse :</b> <input type="checkbox"/> LAM <input type="checkbox"/> LAL <input type="checkbox"/> SMD <input type="checkbox"/> SMP (PV/TE/MF) <input type="checkbox"/> LMC <input type="checkbox"/> LMMC <input type="checkbox"/> Myélome/MGUS <input type="checkbox"/> Waldenström <input type="checkbox"/> Lymphoprolifération B : ..... <input type="checkbox"/> Lymphoprolifération T : ..... <input type="checkbox"/> Aplasie médullaire <input type="checkbox"/> Anémie hémolytique <input type="checkbox"/> Suivi patient sous Rituximab <input type="checkbox"/> Autres : ..... <b>Signes cliniques</b> <input type="checkbox"/> Splénomégalie <input type="checkbox"/> Adénopathies <input type="checkbox"/> Autres : ..... <b>Traitement en cours :</b> .....	
<b>NFS</b> GB .....Hb .....VGM ..... Plaquettes ..... PNN .....PNE..... PNB ..... Lymphocytes ..... Monocytes ..... Myélémie ..... Blastes.....	
CYTOLOGIE	
<input type="checkbox"/> <b>MYELOGRAMME :</b> <input type="checkbox"/> Sternal <input type="checkbox"/> Iliaque	2 frottis de sang +3 frottis de moelle non colorés.
<input type="checkbox"/> <b>ADENOGRAMME</b>	2 frottis de sang + 3 frottis de suc ganglionnaire non colorés.
<input type="checkbox"/> <b>FORMULE SANGUINE</b> (recherche de cellules de Sézary, ATL, Blastes, ... )	3 frottis de sang non colorés.
<input type="checkbox"/> <b>CYTOCHIMIE</b>	<input type="checkbox"/> <b>Coloration de Perls :</b> 3 frottis de moelle non colorés. <input type="checkbox"/> <b>Coloration des myéloperoxydases :</b> 3 frottis non colorés
CYTOMETRIE	
<input type="checkbox"/> <b>IMMUNOPHENOTYPAGE LYMPHOCYTAIRE</b> <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"/> <b>IMMUNOPHENOTYPAGE LEUCEMIE AIGUË</b> <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"/> <b>IMMUNOPHENOTYPAGE PLASMOCYTAIRE</b> <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"/> <b>IMMUNOPHENOTYPAGE MONOCYTAIRE</b> (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"/> <b>RECHERCHE DE CLONE HPN</b> (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"/> <b>RECHERCHE DE SPHEROCYTOSE HEREDITAIRE TEST EMA</b> (uniquement sur sang)	5 ml de sang total EDTA + 2 frottis de sang non coloré. Prélèvement à réaliser le jour de l'envoi.

HEMATFR.doc/18-3-2019