

CYTOGÉNÉTIQUE ONCO - HÉMATOLOGIQUE

LABORATOIRE PRÉLEVEUR	PRÉLÈVEMENT
N° Client: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C / <input type="text"/>	Date de prélèvement : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Cachet obligatoire	Heure de prélèvement : <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Sang total hépariné <input type="checkbox"/> Moelle milieu de transport
	<input type="checkbox"/> Ganglion <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :

PATIENT(E)	PRESCRIPTEUR
NOM	NOM
PRÉNOM	PRÉNOM
Nom de naissance.....	Adresse
Adresse	CP Ville
CP Ville	Tél. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fax <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Adresse e-mail :
	Signature :

ANALYSE SOUHAITÉE
<input type="checkbox"/> Caryotype Onco – Hématologique : cytogénétique conventionnelle
<input type="checkbox"/> FISH (Hybridation In Situ Fluorescente) : cytogénétique moléculaire, à préciser si besoin :
FORFAITS DIAGNOSTIQUES :
<input type="checkbox"/> Leucémie aigüe : Caryotype + FISH + extractions ADN et ARN (si tube EDTA complémentaire fourni) – (Code OPL LADIA)
<input type="checkbox"/> Syndromes lymphoprolifératifs : Caryotype + FISH selon le type d'hémapathie lymphoïde – (Code OPL SYLEX)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à renseigner impérativement)
DIAGNOSTIC
<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"/> Hyperéosinophilie
<input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> LNH <input type="checkbox"/> Myélome/MGUS (% de plasmocytes médullaires :%) <input type="checkbox"/> Waldenström
<input type="checkbox"/> Autre :
STADE DE LA MALADIE
<input type="checkbox"/> Diagnostic : confirmé / suspecté <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Evolution <input type="checkbox"/> Rechute
ALLOGREFFE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Traitement (préciser) :
NFS (Joindre la copie du dernier résultat) :
Hb VGM GB Plaquettes Lympho PNN PEO PBaso
Mono Myélémie Blastos.....
COMPLEMENT D'INFORMATION CLINIQUE SI BESOIN :
.....
.....
.....
.....