

**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 :  __	<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** 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.