



Demande de Rendez-vous au labo du CHIC : Faxer au laboratoire (02 98 52 63 37)

**Patient** (Nom, Prénom, date de naissance)

N° Tel :

*si prélèvement au laboratoire*

- Externe  
 Hôpital de jour  
 Hospitalisation continue

Service :

SANG	MOELLE	GANGLION
<input type="checkbox"/> NFS Plaquettes <input type="checkbox"/> Réticulocytes <input type="checkbox"/> Frottis  <input type="checkbox"/> Numération T4, T8 <input type="checkbox"/> Numération T4, T8, B, NK  <input type="checkbox"/> Phénotypage <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lympho B et/ou T</li> <li><input type="checkbox"/> Blastes</li> <li><input type="checkbox"/> HPN</li> <li><input type="checkbox"/> Monocytes</li> </ul> <input type="checkbox"/> TCR génotypage <input type="checkbox"/> BCR-ABL <input type="checkbox"/> JAK 2 <i>Si JAK2 négatif :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CALR      <input type="checkbox"/> MPL</li> <li><input type="checkbox"/> JAK2 exon 12</li> </ul> <input type="checkbox"/> Cytogénétique	<i>Prélèvement :</i> <input type="checkbox"/> Sternal <input type="checkbox"/> Iliaque post G <input type="checkbox"/> Iliaque post D  <input type="checkbox"/> Myélogramme +/- Perls  <input type="checkbox"/> Phénotypage <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lympho B</li> <li><input type="checkbox"/> Lympho T</li> <li><input type="checkbox"/> Myélome</li> <li><input type="checkbox"/> Blastes</li> </ul> <input type="checkbox"/> Cytogénétique  <input type="checkbox"/> FLT3 / IDH <input type="checkbox"/> Culture de progéniteurs <input type="checkbox"/> Autre : .....	<i>Localisation :</i> .....  <input type="checkbox"/> Cytologie <input type="checkbox"/> Cytogénétique <input type="checkbox"/> Phénotypage  <b>LIQUIDE / SEREUSE</b> <i>Origine :</i> <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Autre : .....  <input type="checkbox"/> Cytologie <input type="checkbox"/> Cytogénétique <input type="checkbox"/> Phénotypage

Délai souhaité :  urgent, < 24h      RDV donné par le laboratoire : .....  
 < 1 semaine  
 < 1 mois

Indications et renseignements cliniques :

*Si prélèvement au laboratoire :*

Sternotomie / cicatrice sternale       oui     non  
 Traitement AVK ou AOD                       oui     non  
 Allergie à l'iode                                     oui     non  
 Allergie aux anesthésiques locaux         oui     non  
 Radiothérapie (région sternale/iliaque)  oui     non

Date :                      Heure :

Service et Médecin prescripteur :