

| 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"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Date de prélèvement : <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 EDTA <input type="checkbox"/> Moelle EDTA<br><input type="checkbox"/> Liquides de ponction (nous contacter au préalable pour validation)                                                                                                                  |  |
| PATIENT(E)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | PRESCRIPTEUR                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| NOM .....<br>PRÉNOM .....<br>Nom de naissance .....<br>Adresse .....<br>CP ..... Ville .....<br>Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Numéro RPPS (indispensable) : .....<br><div style="border: 1px solid #ccc; height: 80px; margin: 10px 0; text-align: center; color: #ccc;">Cachet obligatoire</div> Adresse e-mail : .....                                                                                                    |  |
| RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à renseigner impérativement)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <b>MERCI DE NOUS TRANSMETTRE IMPERATIVEMENT LES RESULTATS DU DERNIER HEMOGRAMME ET DU MYELOGRAMME (SI REALISES)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <b>CONTEXTE :</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <b>DIAGNOSTIC :</b> <input type="checkbox"/> Hypothèse <input type="checkbox"/> Diagnostic confirmé <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Rechute                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> <b>NEOPLASIE MYÉLODYSPLASIQUE</b> (smd) <input type="checkbox"/> <b>NEOPLASIE MYELOPROLIFERATIVE / NEOPLASIE MYELOYDYSPLASIQUE</b> <input type="checkbox"/> <b>NÉOPLASIE MYÉLOPROLIFÉRATIVE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| Antécédents % blastes : ..... <input type="checkbox"/> Leucémie myélomonocytaire chronique (LMMC) <input type="checkbox"/> LMC<br><input type="checkbox"/> Autre : ..... <input type="checkbox"/> Autre : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> <b>LEUCÉMIE AIGÜE</b> <input type="checkbox"/> <b>LYMPHOMES NON HOGKINIENS B ET T</b> <input type="checkbox"/> <b>DYSCRASIE PLASMOCYTAIRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> LAL ..... <input type="checkbox"/> LNH – B ..... <b>Nature et taux du Pic Monoclonal :</b> .....<br><input type="checkbox"/> LAM ..... <input type="checkbox"/> LNH – T ..... <input type="checkbox"/> MGUS <input type="checkbox"/> Myélome <input type="checkbox"/> Amylose                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> <b>AUTRES :</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| CYTOLOGIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | CONTEXTE CLINICO-BIOLOGIQUE                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <input type="checkbox"/> MYELOGRAMME <input type="checkbox"/> Sternal <input type="checkbox"/> Iliaque<br><input type="checkbox"/> CYTOCHIMIE <input type="checkbox"/> Perls <input type="checkbox"/> Myélopéroxydase<br><input type="checkbox"/> FORMULE SANGUINE <input type="checkbox"/> Recherche de cellules de Sézary<br><input type="checkbox"/> Autres : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| CMF = 1 TUBE EDTA PAR ANALYSES + FROTIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | RESULTATS NFS                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> IMMUNOPHENOTYPAGE LYMPHOCYTAIRE : <input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> Sang<br><input type="checkbox"/> Recherche cellules de Sézary<br><input type="checkbox"/> Recherche de LGL ou <input type="checkbox"/> Exploration SHE/Hyperéosinophilie<br><input type="checkbox"/> Suivi LNH B<br><input type="checkbox"/> IMMUNOPHENOTYPAGE LEUCEMIE AIGÜE : <input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> Sang<br><input type="checkbox"/> IMMUNOPHENOTYPAGE PLASMOCYTAIRE : <input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> Sang<br><input type="checkbox"/> IMMUNOPHENOTYPAGE MONOCYTAIRE (sang uniquement)<br><input type="checkbox"/> RECHERCHE DU CLONE HPN (sang uniquement) |  | <b>RESULTATS NFS-PLAQUETTES</b><br><b>EN DATE DU :</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Hb .....                      PBaso .....<br>VGM .....                      Lympho .....<br>Plaquettes .....                      Mono .....<br>GB .....                      Myélémie .....<br>PN .....                      Blastes .....<br>PNEo .....                      Autres : ..... |  |