



Analyses du **LABORATOIRE D'HÉMATOLOGIE SPÉCIALE**

Université de Montréal 3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, Qc, H3T 1C5, 514 345-4642

Prélèvement demandé: Date _____ Heure _____ ou Heure de tournée: 7h 11h 14h 17h 20h 00h

Unité de Soins/Clinique : _____	Identification du patient
MD Requérant : _____ # Licence : _____	Nom, Prénom :
Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Prélevé par: _____	# Dossier ou # Ass. maladie :
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	Date de naissance : _____
<input type="checkbox"/> SANG <input type="checkbox"/> URINE <input type="checkbox"/> MOËLLE	ou
<input type="checkbox"/> ASCITE <input type="checkbox"/> PLEURAL <input type="checkbox"/> SANG DE CORDON	Plaquer avec carte
<input type="checkbox"/> LCR AUTRE : _____	

Renseignement clinique: _____

PHÉNOTYPAGE (Tube lavande)	
<p>Population Lymphocytaire **</p> <input type="checkbox"/> Bilan Lymphocytaire : T, B, NK TBNK <input type="checkbox"/> CD3, CD4, CD8 Lymphocyte T MARLT <input type="checkbox"/> CD20 TBNK <input type="checkbox"/> Kappa/Lambda TBNK <input type="checkbox"/> Marqueur d'adhésion CD11a, CD11b, CD18 MARQA <input type="checkbox"/> CD34 circulant ** CD34C <input type="checkbox"/> PNH CD55/CD59 *** HCD59 <input type="checkbox"/> EMA EMAHJ Date de dernière transfusion: _____ année - mois - jour	<input type="checkbox"/> Décompte et morphologie
CYTOCHIMIE	
	<input type="checkbox"/> Panel Leucémie <input type="checkbox"/> Corps de Heinz RCHI <input type="checkbox"/> Bleu de Prusse BP3 <input type="checkbox"/> Autres: _____

PHÉNOTYPAGE (Tube héparine sans gel)	DIVERS
<input type="checkbox"/> HLA-B27 B27G <input type="checkbox"/> HLA-B7 HLB7G <input type="checkbox"/> Panel leucémie/lymphome LLC2 / MARLA <input type="checkbox"/> MPO (myloperoxidase) PEROX	<input type="checkbox"/> Test de Kleihauer (tube lavande) FETAL / FETAC (cordocentèse) <input type="checkbox"/> Ploidie/Index ADN ADNH / ADNP <input type="checkbox"/> Autres: _____

** FSC du jour nécessaire

*** SUR RENDEZ-VOUS SEULEMENT TEL : 2733

À L'USAGE DU LABORATOIRE UNIQUEMENT

Facile <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/>	Cellularité: _____	Aspect: _____
Aspiration:	Méga: _____	Leuco.: _____
Site: _____ Ventre <input type="checkbox"/> Côté <input type="checkbox"/>	Lignée: _____	Érythro.: _____
Bx: <input type="checkbox"/> Autre:		
Bio.Mol.: <input type="checkbox"/>		
Cyto.: <input type="checkbox"/>		
MRD: <input type="checkbox"/>	Blaste: _____	
RECH: <input type="checkbox"/>	Dépistage:	
	Recherche d'amas:	