CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant
Université de Montréal
3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4931 poste7020

F- 1674 # INV.: 30007216 (RÉV. 2013-11)

ATTENTION: Zones grises obligatoires

Analyses de laboratoire **MALADIE RÉSIDUELLE**

Analyses de laboratoire **MALADIE RÉSIDUELLE**

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

Unité de Soins/Clinique : _____

MD Requérant : _____ # Licence : _____

Prélèvement fait: Date: _____ **Heure**_____

Prélevé par: _____

Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises

☐ MOELLE
☐ SANG
☐ Autre: _____

Identification du patient

Nom, Prénom :

Sexe : F ☐ M ☐

Dossier / # Ass. maladie :

Date de naissance :
ou
Plaquer carte

Renseignement clinique: _____

ÉCHANTILLON

VOLUME PRÉLEVÉ:_____ ml

ANTIGOAGULANT: ☐ Héparine de sodium

☐ Autre, spécifier:_____ (non recommandé)

SITE DE PONCTION: ☐ CRÊTE ILIAQUE GAUCHE

☐ CRÊTE ILIAQUE DROITE

☐ Autre, spécifier:_____

ANALYSE MRD SUR :

☐ LAL-B

☐ LAL-T

☐ LANL

☐ Autre, spécifier:_____

INFORMATIONS sur le TRAITEMENT

☐ DIAGNOSTIC

☐ SUIVI, préciser Jour:_____

☐ POST INDUCTION

☐ POST CONSOLIDATION, #_____

☐ Autre, spécifier:_____

☐ RECHUTE

☐ GREFFÉ : DATE: _____
Année-mois-jour
TYPE DE GREFFON: _____

NOTE et COMMENTAIRE

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

RESERVER A L'USAGE DU LABORATOIRE UNIQUEMENT

DATE DE RÉCEPTION DE L'ÉCHANTILLON: _____
Année-mois-jour

ÉCHANTILLON CONFORME: ☐ OUI ☐ NON, spécifier la raison:_____

VOLUME D'ÉCHANTILLON REÇU:_____ ml