



CHU Sainte-Justine  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant



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

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

<p>Centre hospitalier : _____</p> <p>Adresse: Numéro civique _____ Rue _____ Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____</p> <p>Téléphone: _____ FAX: _____</p> <p>MD requérant : _____ # Licence : _____</p> <p><b>Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____</b></p> <p><b>Prélevé par: _____</b></p> <p>Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises</p> <p><input type="checkbox"/> MOELLE</p> <p><input type="checkbox"/> SANG</p> <p><input type="checkbox"/> Autre: _____</p>	<p>Identification du patient</p> <p>Nom, Prénom : _____</p> <p>Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></p> <p># Dossier / # Ass. maladie : _____</p> <p>Date de naissance : _____ ou Plaquer carte</p>
--	---

Renseignement clinique: \_\_\_\_\_

ÉCHANTILLON	ANALYSE MRD SUR :
<p>VOLUME PRÉLEVÉ: _____ ml</p> <p>ANTIGOAGULANT: <input type="checkbox"/> Héparine de sodium <input type="checkbox"/> Autre, spécifier: _____ (non recommandé)</p> <p>SITE DE PONCTION: <input type="checkbox"/> CRÊTE ILIAQUE GAUCHE <input type="checkbox"/> CRÊTE ILIAQUE DROITE <input type="checkbox"/> Autre, spécifier: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> LAL-B</p> <p><input type="checkbox"/> LAL-T</p> <p><input type="checkbox"/> LANL</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, spécifier: _____</p>

INFORMATIONS sur le TRAITEMENT	NOTE et COMMENTAIRE
<p><input type="checkbox"/> DIAGNOSTIC</p> <p><input type="checkbox"/> SUIVI, préciser Jour: _____</p> <p><input type="checkbox"/> POST INDUCTION</p> <p><input type="checkbox"/> POST CONSOLIDATION, # _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, spécifier: _____</p> <p><input type="checkbox"/> RECHUTE</p> <p><input type="checkbox"/> GREFFÉ : DATE: _____ Année-mois-jour TYPE DE GREFFON: _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

## 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