

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

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

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

<b>PHÉNOTYPAGE (Tube lavande)</b> <b>Population Lymphocytaire **</b> <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"/> <b>Marqueur d'adhésion</b> CD11a, CD11b, CD18    MARQA <input type="checkbox"/> <b>CD34 circulant **</b> CD34C <input type="checkbox"/> <b>PNH CD55/CD59 ***</b> HCD59 <input type="checkbox"/> <b>EMA</b> EMAHJ Date de dernière transfusion: _____ année - mois - jour	<input type="checkbox"/> <b>Décompte et morphologie</b>  <b>CYTOCHIMIE</b> <input type="checkbox"/> Panel Leucémie <input type="checkbox"/> Corps de Heinz    RCHI <input type="checkbox"/> Bleu de Prusse    BP3 <input type="checkbox"/> Autres: _____
--	--

<b>PHÉNOTYPAGE (Tube héparine sans gel)</b> <input type="checkbox"/> <b>HLA-B27</b> B27G <input type="checkbox"/> <b>HLA-B7</b> HLB7G <input type="checkbox"/> <b>Panel leucémie/lymphome</b> LLC2 / MARLA <input type="checkbox"/> <b>MPO (myloperoxidase)</b> PEROX	<b>DIVERS</b> <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"/> Aspiration: Site: _____ Ventre <input type="checkbox"/> Côté <input type="checkbox"/> Bx: <input type="checkbox"/> Autre: _____ Bio.Mol.: <input type="checkbox"/> Cyto.: <input type="checkbox"/> MRD: <input type="checkbox"/> RECH: <input type="checkbox"/>	Cellularité: _____ Méga: _____ Lignée: _____  Blaste: _____ Dépistage: Recherche d'amas:	Aspect: _____ Leuco.: _____ Érythro.: _____
---	--	---