

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

Unité de Soins/Clinique : _____

Requérant : _____ # Licence : _____

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

Prélevé par: _____

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

☐ SANG ☐ LCR ☐ MOËLLE

☐ PLEURAL ☐ CORDON ☐ AUTRE : _____

Identification du patient

Nom, Prénom :

Sexe : F ☐ M ☐

Dossier ou # Ass. maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer avec carte

Renseignements cliniques :

☐ Cytopénie; laquelle _____ ☐ Cellules blastiques au frottis sanguin % _____

☐ Leucémie connue; laquelle _____ ☐ Tumeur solide ; laquelle _____

☐ Autres : _____ ☐ Patient sous G-CSF/Plerixafor _____

Dx ☐ Suspecté ☐ Confirmé ☐ Suivi

Patient greffé ☐ Non ☐ Oui Type de greffe : _____ Date : _____

Patient ayant reçu des CarT ☐ Non ☐ Oui Date : _____

Patient sous protocole de recherche ☐ Boston ☐ COG ☐ Autre : _____

Patient a reçu des Ac monoclonaux ☐ Non ☐ Oui Nom : _____ Date : _____

Informations complémentaires : _____

Microscopie (tube EDTA)

☐ Décompte et Morphologie * _____

☐ Bleu de Prusse _____

** Les analyses découlantes par cytométrie seront faites uniquement si les résultats préliminaires des analyses morphologiques le demandent.*

☐ Autres _____

Cytométrie

☐ Immunophénotypage si suspicion néoplasie

Cytométrie (tube Héparine)

☐ MRD*

** Si demande d'analyses sur suspicion de LAL-B, faxer le rapport d'immunophénotypage au 4867, sinon l'analyse restera en suspens.*

Section pour le programme de Thérapie Cellulaire

☐ CD34/CD45 (greffe) ☐ CD3/CD45 (DLI)

☐ CD3/CD19/CD45 (CarT) ☐ CD3/CD19/TCR (Haplo)

À l'usage du laboratoire seulement

Aspiration ☐ Facile ☐ Difficile

Site : _____ ☐ Ventre ☐ Côté

☐ Gauche ☐ Droite

☐ Bx Autre : _____

☐ Bio. Mol

☐ Recherche

☐ Cytogénétique

Cellularité : _____

Méga : _____

Lignées : _____

Blastes : _____

Dépistage : _____

Recherche d'amas : _____

Pour étiquette requête

Horodateur