

Analyses de routine des **LABORATOIRES D'IMMUNOLOGIE ET D'HÉMATOLOGIE SPÉCIALE**

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 : _____

Requérant : _____ # Licence : _____

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

Prélevé par: _____

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

☐ SANG ☐ LCR ☐ MOËLLE

☐ SANG DE CORDON AUTRE : _____

Identification du patient

Nom, Prénom :

Sexe : F ☐ M ☐

Dossier ou # Ass. maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer avec carte

Renseignement clinique: _____

PHÉNOTYPAGE (Tube lavande)

☐ **Marqueur d'adhésion** CD11a, CD11b, CD18 MARQA

☐ **PNH CD55/CD59 **** HCD59
** SUR RENDEZ-VOUS SEULEMENT TEL : 2733

☐ **EMA (recherche de sphérocytose)** EMAHJ
Date de dernière transfusion: _____
année - mois - jour

☐ **Phénotypage lymphocytaire complet** PLYCO
(Thymopoïèse)
☐ **Lymphocytes T activés** PLYTA
☐ **Lymphocytes T double négatifs/FAS ligand**
EALBE, EDNAB, FASL

☐ **Numération T/B/NK, ATG et GMO** PATGG

☐ **Numération VIH** PVIH

☐ **Rituximab CD19 CD20** RTX

☐ **Contrôle B mémoire** PBMEM

PHÉNOTYPAGE (Tube héparine sans gel)

☐ **HLA-B27** B27G

☐ **HLA-B7** HLB7G

DIVERS

☐ **Test de Kleihauer (tube lavande)** FETAL / FETAC (cordocentèse)

☐ **Antigènes plaquetaires (tube citrate)**

☐ **Activation des neutrophiles (tube héparine sans gel) ***** ENEUT
*** SUR RENDEZ-VOUS SEULEMENT TEL : 2315

☐ **Autres :** _____