

Examen urgent

OUI

NON

A acheminer dans les sachets verts Génétique HUMAINE Laborizon Centre (TA)

PATIENT

NOM		Adresse	
Prénom			
Nom de naissance		Code Postal	
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ville	
Date de naissance	__/__/____	téléphone	__-__-__-__-__

Médecin Prescripteur

NOM		Téléphone	__-__-__-__-__
Prénom		Fax	__-__-__-__-__
Adresse		CP _____	Ville

NATURE DU PRELEVEMENT

Nombre de tubes:	Volume total : ml	<input type="checkbox"/>	Sang
Date du prélèvement : __/__/____		<input type="checkbox"/>	Moelle osseuse
Heure du prélèvement: __ h __ min		<input type="checkbox"/>	Apposition
Lieu du prélèvement:		<input type="checkbox"/>	Autre:
Précisions:			

INDICATION DU PRELEVEMENT

<input type="checkbox"/> Leucémie Aiguë Myéloblastique (LAM) de type :	<input type="checkbox"/> Leucémie Lymphoïde Chronique: matutes si connu/5
<input type="checkbox"/> Leucémie Aiguë Lymphoblastique (LAL) de type :	<input type="checkbox"/> Autres syndromes Lymphoprolifératifs, préciser:
<input type="checkbox"/> Leucémie Myéloïde chronique (LMC)	<input type="checkbox"/> Lymphome Malin Non Hodgkinien (LMNH), préciser:
<input type="checkbox"/> HyperEosinophilie	<input type="checkbox"/> Lymphome sans orientation: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> T
<input type="checkbox"/> Syndrome Myéloprolifératif (autre):	<input type="checkbox"/> Lymphome de Burkitt ou à petites cellules en transformation
<input type="checkbox"/> Syndrome Myélodysplasique / Cytopénie:	<input type="checkbox"/> Autre, préciser:
<input type="checkbox"/> Myélome	

Stade:	<input type="checkbox"/> Diagnostic	<input type="checkbox"/> Suivi	<input type="checkbox"/> Rechute	<input type="checkbox"/> Allogreffe	Sexe donneur: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
--------	-------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---

Dernière Numération

Date:	Hb: g/l	Plaquettes:
GB: G/L	PN: %	Eo: % Baso: %
		Mono: % Lympho: %
Myélocémie:	Blastes:	Autres cellules:

NATURE DU PRELEVEMENT et de L'ANALYSE GENETIQUE

<input type="checkbox"/> Caryotype (tube hépariné)	<u>Précisions:</u>
<input type="checkbox"/> Hybridation <i>in situ</i> en fluorescence (FISH), préciser (tube hépariné):	
<input type="checkbox"/> Bcr-Abl moléculaire au diagnostic (tube EDTA)	
<input type="checkbox"/> Bcr-Abl moléculaire en suivi (tube EDTA)	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES dont TRAITEMENT EN COURS