



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève



**DIAGNOSTIQUE / Service de Pathologie Clinique**

CMU, 2<sup>e</sup> étage, porte D02.2058.a

Rue Michel-Servet, 1

CH-1211 Genève 4

Laboratoire de cytométrie en flux

**PATFLUX**

<http://www.hug-ge.ch/feuilles-de-demande>

Médecin Chef : Pr Doron Merkler

Référent médical : Dr T. Longval, 079 553 84 27

Résultats / Secrétariat Tél : 022 372 49 11

Responsable du laboratoire : Dre sc. J. Ducreux, 079 553 44 60

Laboratoire Tél./Fax : 022 372 85 60/64/71 / 022 372 85 55

M. ☐ Mme ☐ (SVP: en caractères d'imprimerie)

Nom:.....

Nom de jeune fille :.....

Prénom :.....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Représentant légal si patient mineur : ☐ père ☐ mère

Nom/prénom : .....

Rue/N°:.....

Localité, No postal :.....

Unité d'hospitalisation : ..... Médecin :.....

N° EdS : .....

Adresse pour facturation: ☐ Patient ☐ Demandeur ☐ Assurance

Nature du cas : ☐ Maladie ☐ AI ☐ Accident ☐ Maternité

N° AVS (AI obligatoire) : .....

Assurance : ..... N° Assuré : .....

Date de prélèvement : .....

Heure : .....

NE PAS REMPLIR SVP

Med resp : ..... Examen : .....

**Prescripteur** (Nom/Prénom - Rue/N° - Localité, No postal - Tel - **adresse mail HIN**) :

**Votre référence :**

**Médecins en copie** (Nom/Prénom - Rue/N° - Localité, No postal - Tel - **adresse mail HIN**) : Le laboratoire  
demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins  
que le médecin prescripteur :

**Formule sanguine du jour (Données fournies par le prescripteur)**

Hb : ..... g/l Plaquettes : ..... 10<sup>9</sup>/l

Leucocytes : ..... 10<sup>9</sup>/l Lymphocytes : ..... %

☐ Cas infectieux (HIV, Hépatite, TBC...) préciser .....

**Analyse(s) demandée(s)**

**Attention : Afin de garantir la prise en charge de l'échantillon et la réalisation des analyses demandées le jour même, il est impératif que l'échantillon arrive avant 15h00 au laboratoire (et avant 11h00 le vendredi et veille de jours fériés)**

Immunophénotypage :

- ☐ Lymphome T / NK
- ☐ Lymphome B (par ex. LLC, DLBCL, etc...)
- ☐ Blastos - Leucémie aigüe (myéloïde / lymphoïde)
- ☐ Blastos - Syndrome myélodysplasique (SMD)
- ☐ Leucémie myélomonocytaire chronique (LMMC)
- ☐ Syndrome myéloprolifératif (SMP)
- ☐ Néoplasies plasmocytaires (préciser : .....) )
- ☐ Recherche d'Hémoglobine paroxystique nocturne (HPN)
- ☐ Recherche de maladie résiduelle (MRD)
- ☐ Recherche de CAR-T (préciser traitement : ..... )  
+ ajouter 1 tube de sang EDTA pour **énumération lymphocytaire T/B/NK**
- ☐ Suivi / Transformation (préciser : ..... )
- ☐ Autre : mastocytose (sur moelle), sarcoïdose (sur LBA), ...  
(préciser : ..... )

**MATERIEL A EXAMINER :**

- ☐ 12 ml Sang tube **hépariné** stérile (3x Hémogard vert 4ml)
- ☐ 3-5 ml Moelle tube **hépariné** stérile (1-2x Hémogard vert 4ml)
- ☐ autre (préciser) : .....  
(demande externe : ajouter frottis si possible)

**LE PATIENT EST :**

- ☐ en présentation initiale
- ☐ sous traitement (préciser) : .....
- ☐ suivi

**STATUS :**

- ☐ adénopathie
- ☐ splénomégalie
- ☐ masse médiastinale
- ☐ autre infiltration (cutanée, gingivale, foie, ...)

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES, QUESTION POSEE, TOUTES AUTRES INFORMATIONS UTILES :**

☐ Recherche de Granulomatose septique chronique (CGD)

☐ 12 ml Sang tube **hépariné** stérile (3x Hémogard vert 4ml)

**Attention : analyse sur RDV uniquement (appeler le laboratoire au minimum 48h avant)**

☐ Lymphocytes CD3/CD4/CD8 sur LBA

☐ LBA Tube sec

☐ Énumération lymphocytaire T/B/NK

☐ 3 mL Sang tube **EDTA** stérile (1x Hémogard mauve 3ml)

☐ Énumération lymphocytaire B étendue

☐ Énumération plasmablastes (Joindre une FS avec répartition leucocytaire)