

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 – Service / Adresse - Localité – Tel, Bip/Fax) (\*): (SVP: en caractères d'imprimerie ou tampon)

Médecins en copie (Nom/Prénom – Service / Adresse - Localité – Tel, Bip/Fax) (\*):

(\*): 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...)
- Blastes - Leucémie aigüe (myéloïde / lymphoïde)
- Blastes - Syndrome myélodysplasique (SMD)
- Leucémie myélomonocytaire chronique (LMMC)
- Syndrome myéloprolifératif (SMP)
- Néoplasies plasmocytaires (préciser : .....) )
- Recherche plasmablastes / maladie IgG4
- Recherche d'Hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN)
- Recherche de maladie résiduelle (MRD)
- Recherche de CAR-T ⚠ ajouter 1 tube EDTA pour énumération lymphocytaire + préciser traitement : .....
- 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)

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

12 ml Sang tube hépariné stérile (3x hémogard vert 4ml)

**Typisation / Énumération lymphocytaire** (CD3 CD4 CD8 CD19 CD16+56 HLA-DR)

3 ml Sang tube EDTA stérile (1x hémogard mauve 3ml)

LBA Tube sec