



CYTOGENETIQUE ONCO-HEMATOLOGIQUE

Secrétariat :
Tél : 01 34 40 20 20
Fax : 01 34 40 21 29

src@lab-cerba.com
www.lab-cerba.com

PATIENT	PRESCRIPTEUR
<p>Nom _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Nom de naissance.....</p> <p>Date de naissance : ____/____/____</p> <p>Sexe : ____</p>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; text-align: center; padding: 20px; width: 90%; margin: auto;">Cachet obligatoire</div> <p>Signature : _____ n° ADELI : _____</p> <p>Adresse e-mail : _____</p>
PRELEVEMENT	
<p><input type="checkbox"/> Sang total HEPARINE <input type="checkbox"/> Moelle milieu de transport <input type="checkbox"/> Ganglion <input type="checkbox"/> Autre (à préciser):</p> <p>Date de prélèvement : ____/____/____ Cachet du Laboratoire préleveur : _____</p> <p>Heure de prélèvement : ____ h ____ N° Client : C I ____/____</p>	
ANALYSE SOUHAITEE	
<p><input type="checkbox"/> CARYOTYPE ONCO-HEMATOLOGIQUE : cytogénétique conventionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> FISH (Hybridation In Situ Fluorescente) : cytogénétique moléculaire, à préciser si besoin :</p>	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à renseigner impérativement)	
DIAGNOSTIC	
<p><input type="checkbox"/> LAM :..... <input type="checkbox"/> LAL :..... <input type="checkbox"/> SMD <input type="checkbox"/> SMP (PV/TE/MF) <input type="checkbox"/> LMC <input type="checkbox"/> LMMC <input type="checkbox"/> Hyperéosinophilie</p> <p><input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> LNH <input type="checkbox"/> Myélome/MGUS (% de plasmocytes médullaires :.....%) <input type="checkbox"/> Waldenström <input type="checkbox"/> Autre:.....</p>	
STADE DE LA MALADIE	
<p><input type="checkbox"/> Diagnostic : confirmé / suspecté <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Evolution <input type="checkbox"/> Rechute</p>	
<p>ALLOGREFFE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non TRAITEMENT (préciser) :</p>	
<p>NFS (joindre la copie du dernier résultat) :</p>	
<p>Hb VGM GB Plaquettes Lympho PNN PEo PBaso</p> <p>Mono Myélémie Blastés.....</p>	
<p>COMPLEMENT D'INFORMATION CLINIQUE SI BESOIN :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	