



PRESCRIPTEUR (**NUMERO DECT A PRECISER**)

.....

DATE DU PRELEVEMENT :

..... / /

MYELOGRAMME

Aspiration difficile

Coagulation rapide

ADENOGRAMME

Localisation :

BIOPSIE

Localisation :

ANALYSE CYTOLOGIQUE

IMMUNOPHENOTYPAGE

(Joindre le compte rendu de myélogramme)

CARYOTYPE

FISH

Choix des sondes :

(Joindre le compte rendu de myélogramme et tout résultat antérieur rendu dans un autre laboratoire)

L'envoi d'une NFS du jour est obligatoire.

INDICATION préciser antécédents, terrain, clinique...

AEG Fièvre ADP Splénomégalie/hépatomégalie Signes cutanés Contexte infectieux

Exploration de cytopénies :

Anémie

Neutropénie

Thrombopénie

↳ Réticulocytes =

(bilans Fer, B9/B12, rénal et thyroïdien réalisés)

Pathologie(s) suspectée(s), suspicion de :

Lymphome Myélome Leucémie aiguë SMP SMD LMMC

Métastase SAM (arguments clinico biologique à préciser) :

Toxicité médicamenteuse (préciser les traitements récents/en cours) :

Pathologie connue, préciser :

Suivi

Suspicion de rechute

Contacts : Poste 43147 (Interne d'hématologie biologique 24h/24)

Cytologie : DINDINAUD Elodie (05.49.4)43240, BOUYER Sabrina (05.49.4)44961, DEPAIRE Thibault (05.49.4)44083, ROZALSKA Laura (05.49.4)44973, SEVESTRE Julie (05.49.4)46476, VILAS BOAS Ruben 0516604390 (Poste 14390)

Cytométrie : BOUYER Sabrina (05.49.4)44961, DEPAIRE Thibault (05.49.4)44083, DINDINAUD Elodie (05.49.4)43240, SEVESTRE Julie (05.49.4)46476, VILAS BOAS Ruben 0516604390 (Poste 14390)

Cytogénétique : ROZALSKA Laura (05.49.4)44973, BOUYER Sabrina (05.49.4)44961