

LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE TYPAGES HEMATOPOIETIQUES et THERAPIE CELLULAIRE

PATIENT

NOM : Prénom :

Adresse :

Sexe : M / F Date de naissance :/...../.....

MEDECIN PRESCRIPTEUR

(Cachet, date et signature)

COPIE A :

Date et heure du prélèvement :

ETIQUETTE ID. LABO

VIGNETTE MUTUELLE
ou ETIQUETTE SIGNAETIQUE PATIENT

TYPAGE HEMATOPOIETIQUE (TYP A)
Milieu à préciser, tube conseillé :

- | | |
|--|---|
| ☐ SANG | } Tube héparine
SANS gel (*) |
| ☐ MOELLE | |
| ☐ BIOPSIE | Tube + liq. Physio. / Milieu de culture
TYPE : |
| ☐ LCR | Tube sec SANS gel ou avec transfix |
| ☐ Liq de ponction | } Tube sec SANS gel
(tube hép. SANS gel
si liq. sanguinolent) |
| TYPE : | |
| ☐ AUTRE MILIEU : | } |
| TYPE : | |

Indications à préciser :
Diagnostic :

- | | |
|---|---|
| ☐ Cytopénie | ☐ Lymphome de Hodgkin |
| ☐ Hyperéosinophilie | ☐ Lymphome non Hodgkinien |
| ☐ Hyperleucocytose | ☐ B ☐ T ➔ Type à préciser : |
| ☐ Immunodéficience | |
| ☐ Inversion de formule | ☐ Myélome - Waldenstrom |
| ☐ Leucémie lymphoïde chronique | ☐ P.N.H. (sur sang uniquement) |
| ☐ Leucose aigue | ☐ AUTRE : |
| ☐ Index ADN | À préciser : |
| ☐ LMC / SMP / LMMC | |
| ☐ Syndrome myélodysplasique | |

Suivi standard de :

- ☐
- LMA
- ☐
- LLA - B
- ☐
- LLA - T
- ☐
- LLC
- ☐
- Myélome
- ☐
- SMP
-
- Autre :

Recherche de maladie résiduelle quantitative pour :

- ☐
- LMA
-
- ☐
- LLA - B
- ☐
- LLA - T
- ☐
- Leucémie lymphoïde chronique
- ☐
- Myélome

TYPAGE LYMPHOCYTAIRE
1. SANG PERIPHERIQUE :

- ☐
- Numération lymphocytaire CD4 et CD8 (CD4/8P)
-
- ☐
- Numération lymphocytaire T, B, NK (TYP SANG)

Tube conseillé : héparine SANS gel 3 ml. (*)

Information à préciser :

Lymphocytose absolue : /mm³

Si non disponible : ☐ Numération et Formule leucocytaire Tube EDTA 3ml

2. LAVAGE BRONCHO-ALVEOLAIRE :

- ☐
- Lymphocytes T CD4 et CD8 (CD48x)

Tubé conseillé : Tube sec SANS gel

(Tube hépariné sans gel si liquide sanguinolent)

Informations à préciser :

Pourcentage de lymphocytes : %

Numération des globules blancs : /mm³
THERAPIE CELLULAIRE :

- ☐
- Numération des progéniteurs CD34 (CD34s)

Milieu à préciser, tube conseillé :

- | | |
|--|--------------------------------|
| ☐ SANG DE CORDON | } Tube Citraté |
| ☐ CYTAPHERESE | |
| ☐ SANG PERIPHERIQUE | Tube Hépariné SANS gel 3ml (*) |

Information à Préciser :

Leucocytose : /mm³

(*) : Tube EDTA acceptable.

TRANSFERT RAPIDE AU LABORATOIRE, CONSERVATION ET TRANSPORT A T° AMBIANTE