

Sous-traitance : Cytométrie en flux

Laboratoire d'Hématologie - CHU HELORA - Site de Jolimont

Biologiste responsable : 064 / 23 19 39

Labo CMF : 064 / 23 41 03

Secrétariat : 064 / 23 40 81

RENSEIGNEMENTS PATIENT :	MEDECIN PRESCRIPTEUR	ETIQUETTE LABO :
NOM :	NOM :	
PRENOM :	PRENOM :	
DATE DE NAISSANCE : / /	N° INAMI :	
SEXE : <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F		
ADRESSE :	SIGNATURE :	
TEL : /		

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / INDICATIONS :	INFORMATIONS GENERALES CONCERNANT LE PRELEVEMENT
	DATE DE PRESCRIPTION / /
	DATE / HEURE DE PRELEVEMENT : / /

NATURE DU PRELEVEMENT
<input type="radio"/> SANG PERIPHERIQUE
<input type="radio"/> MOELLE OSSEUSE
<input type="radio"/> GANGLION LOCALISATION :
<input type="radio"/> AUTRE BIOPSIE LOCALISATION :
<input type="radio"/> LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN (LCR)
<input type="radio"/> AUTRE LIQUIDE : <input type="radio"/> Ascite <input type="radio"/> Pleural <input type="radio"/> Péricardique <input type="radio"/> Liquide broncho-alvéolaire (BAL) <input type="radio"/> Autre :

Analyses
<input type="radio"/> Numération T - Suivi HIV NUMCD4
<input type="radio"/> Recherche de monoclonalité lymphocytes B/T LYBT
<input type="radio"/> Recherche de LMMC** LMMC
<input type="radio"/> Recherche d'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN)*** PNH
<input type="radio"/> Typage médullaire MYBT
<input type="radio"/> Cytologie (au besoin) MYEL
* Sang : tube EDTA (mauve) Moelle : Seringue avec EDTA/Héparine ou EDTA Biopsie : Pot contenant une compression stérile imbibée de sérum physiologique LCR : tube sec / pot Liquide : tube EDTA /tube sec / pot
** Sur sang EDTA uniquement
*** Sur sang EDTA uniquement, prélèvement < 24h