

PRESCRIPTION D'ANALYSES  
CYTOMÉTRIE EN FLUX

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal  
5400 boul. Gouin Ouest  
Montréal Québec H4J 1C5  
Tél. : 514-338-2222 ext 2325

**Analyse demandée**

**Section 1**

- T/B/NK (CD4CD8)
- Suivi rituximab
- Recherche hémoglobinurie paroxystique nocturne (PNH) (*du lundi au jeudi*)
- Bilan immunitaire  
Préciser : \_\_\_\_\_
- HLA (autre que B27)
- Phénotypage selon contexte clinique  
*Compléter la section 3*

En l'absence d'adressographie, inscrire lisiblement à la main le Nom., Prénom, le No d'assurance maladie du patient ou date de naissance.

T :

F :

Veuillez inscrire le nom, prénom du médecin et #permis

**Requérant :**

# permis :

Date :

(aa/mm/jj)

Prescription valide 1 an

(à partir de la date inscrite) **Signature :** \_\_\_\_\_

**Type de prélèvement**

**Section 2**

**DIVERS :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Sang
- Moelle
- Liquide (*Acheminer spécimen au laboratoire en < 1 heure*)
  - Céphalorachidien (min 2 ml + tube séparé pour décompte cellulaire)
  - Ascite (min 10 ml)
  - Pleural (min 10 ml)
- Autre  
Préciser : \_\_\_\_\_

**Contexte clinique**

- Cytopénie (2 lignées et plus)
- Lymphocytose ( $>3 \times 10^9/l$ )
- Monocytose ( $>1 \times 10^9/l$ )
- Éosinophilie inexplicable ( $>1,5 \times 10^9/l$ )
- Blastes en périphérie, leucémie aiguë suspectée
- Pic monoclonal (MGUS, myélome...)
  - IgM
  - Non IgM
- Splénomégalie
- Suspicion SMD/SMP
- Anomalie morphologie  
Préciser : \_\_\_\_\_
- Bilan d'extension lymphome  
Préciser histologie : \_\_\_\_\_

**Suivi maladie connue**

**Section 3**

- Date dernière chimiothérapie : \_\_\_\_\_
- LMA  
Sous type : \_\_\_\_\_
  - LLA B  
Sous type : \_\_\_\_\_
  - LLA T  
Sous type : \_\_\_\_\_
  - Lymphoprolifération B chronique  
Préciser : \_\_\_\_\_
  - Lymphoprolifération T/NK chronique  
Préciser : \_\_\_\_\_
  - Autre : \_\_\_\_\_