

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'adressographe, 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

- ☐ 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 : _____

DIVERS :

Contexte clinique

- ☐ Cytopénie (2 lignées et plus)
- ☐ Lymphocytose ($>3 \times 10^9/l$)
- ☐ Monocytose ($>1 \times 10^9/l$)
- ☐ Éosinophilie inexpliquée ($>1,5 \times 10^9/l$)
- ☐ 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 : _____