

Boite	Pot Formol	Pot Frais	Lames	Tube Cytolyt	Pot Cytolyt
-------	---------------	--------------	-------	-----------------	----------------

## Demande d'analyse en Hématopathologie

**\* Renseignements légalement obligatoires**

<p><b>PATIENT :</b> (étiquette, vignette) :</p> <p>Nom* : Prénom* : Date de naissance* :                      Sexe* : M / F Rue* : CP + Ville* : NISS* : N° dossier : Mutuelle :</p>	<p><b>PRESCRIPTEUR :</b> (cachet)</p> <p>Date* : Nom – Prénom* : N° INAMI* : Adresse : Signature* : Copies protocole :</p>
--	--

<p><input type="checkbox"/> <b>Examen extemporané</b>    <input type="checkbox"/> <b>Urgence</b></p> <p>Dr : Tel :    Fax :</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Risque contagieux :</b> (préciser)</p>
---	---

**Date du prélèvement\* :**  
**Heure du prélèvement/heure de fixation\* :**  
**Nombre de pots et lames\* :**

**TYPE DE PRELEVEMENT\* :**

Cytoponction             Cytoponction ganglion  
 Microbiopsie(s) → nombre :             Macrobiopsie(s) → nombre :             Pièce(s) opératoire(s) → nombre :

**LOCALISATION DE LA LESION, RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES CLINIQUES\* :**

**Type :**  moelle     ganglion     rate     autre :.....

**Localisation du prélèvement ganglionnaire :** .....

**Symptomatologie :** .....

**Contexte :**  Lymphome connu     Type .....

Anémie  
 Pancytopénie  
 Hyperleucocytose  
 Polyglobulie  
 Splénomégalie  
 Recherche métastase             Primitif .....

Antécédents hématologiques : .....

**Sérologie :**  Toxoplasmose  
 EBV  
 HIV  
 Bartonella henselae  
 Autres.....

**Traitement antérieur en cours :** .....

**Médullogramme :**     non     oui : résultats .....

**Cytométrie en flux :**     non     oui : résultats .....

**Biologie moléculaire :**  à faire : .....

déjà réalisée antérieurement : .....

**Demande particulière :** .....