

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

Demande d'analyse en Hématopathologie

*** Renseignements légalement obligatoires**

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

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