FICHE DE PRESCRIPTION MÉDICALE

HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

CYTOLOGIE IMMUNOPHÉNOTYPAGE

Laboratoire Cerba
Service de la Relation Client
Tél. : +33 (0)1 34 40 20 20
Fax : +33 (0)1 34 40 21 29
Email : src@lab-cerba.com

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

N° Client: |_|_|_|_|_|_| C / |_|

Cachet obligatoire

PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Heure de prélèvement : |_|_| h |_|_|

☐ Sang total EDTA ☐ Moelle EDTA

☐ Liquides de ponction (nous contacter au préalable pour validation)

PATIENT(E)

NOM .....

PRÉNOM .....

Nom de naissance.....

Adresse .....

CP ..... Ville .....

Date de naissance |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Sexe : ☐ F ☐ M

PRESCRIPTEUR

Numéro RPPS (indispensable) : .....

Cachet obligatoire

Adresse e-mail : .....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à renseigner impérativement)

MERCI DE NOUS TRANSMETTRE IMPÉRATIVEMENT LES RÉSULTATS DU DERNIER HÉMOGRAMME ET DU MYÉLOGRAMME (SI RÉALISÉS)

ANTÉCÉDENTS : .....

HYPOTHÈSE :

☐ LAM : ..... ☐ LAL : ..... ☐ SMD ☐ SMP (PV/TE/MF) ☐ LMC ☐ LMMC ☐ Myélome/MGUS

☐ Lymphoprolifération B : ..... ☐ Lymphoprolifération T : ..... ☐ Waldenström

☐ Aplasie médullaire ☐ Anémie hémolytique ☐ Suivi patient sous Rituximab ☐ Autre : .....

SIGNES CLINIQUES :

☐ Splénomégalie ☐ Adénopathies ☐ Autres : .....

TRAITEMENT EN COURS : ☐ Non ☐ Oui (préciser) : .....

NFS

Hb ..... VGM ..... GB ..... Plaquettes ..... PNN ..... PNE ..... PNB .....

Lymphocytes ..... Monocytes ..... Myélémie ..... Blastes .....

EXAMEN : CYTOLOGIE

☐ MYELOGRAMME ☐ Sternal ☐ Iliaque	2 frottis de sang +3 frottis de moelle non colorés.
☐ FORMULE SANGUINE (recherche de cellules de Sézary, ATLL, Blastes)	3 frottis de sang non colorés.
☐ CYTOCHIMIE	- Coloration de Perls : 3 frottis de moelle non colorés. - Coloration des myélopéroxydases : 3 frottis non colorés

EXAMEN : CYTOMÉTRIE

☐ IMMUNOPHÉNOTYPAGE LYMPHOCYTAIRE : ☐ Moelle ☐ Sang	5 ml de sang total ou 2 ml de moelle EDTA + 2 frottis non colorés. Prélèvement réalisé le jour de l'envoi
☐ IMMUNOPHÉNOTYPAGE LEUCÉMIE AIGUË : ☐ Moelle ☐ Sang	5 ml de sang total ou 2 ml de moelle EDTA + 2 frottis non colorés. Prélèvement réalisé le jour de l'envoi
☐ IMMUNOPHÉNOTYPAGE PLASMOCYTAIRE : ☐ Moelle ☐ Sang	5 ml de sang total ou 2 ml de moelle EDTA. + 2 frottis non colorés. Prélèvement à réaliser le jour de l'envoi
☐ IMMUNOPHÉNOTYPAGE MONOCYTAIRE (sang uniquement)	5 ml de sang total EDTA + 2 frottis de sang non colorés. Prélèvement à réaliser le jour de l'envoi
☐ RECHERCHE DU CLONE HPN (sang uniquement)	5 ml de sang total EDTA + 2 frottis de sang non colorés. Prélèvement à réaliser le jour de l'envoi
☐ RECHERCHE SPHÉROCYTOSE HÉRÉDITAIRE TEST EMA (sang uniquement)	5 ml de sang total EDTA + 2 frottis de sang non coloré. Prélèvement à réaliser le jour de l'envoi

Le laboratoire Cerba est amené, en qualité de responsable du traitement, à traiter vos données personnelles renseignées dans le présent formulaire. Nous traitons ces données pour les finalités suivantes : réalisation des analyses, interprétation et transmission des résultats, gestion administrative du laboratoire, fins scientifiques ou de contrôle et le cas échéant, anonymisation des données. Pour exercer vos droits, vous pouvez contacter notre référent à la protection des données (RPD) en écrivant à : rpd.cerba@lab-cerba.com */ CERBA – RPD – Parc d'activités Les Béthunes –7/11 Rue de l'Equerre – 95 310 Saint-Ouen-l'Aumône. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles, rendez-vous sur le site* www.lab-cerba.com, *onglet « Données Personnelles*