

PRÉLEVEUR	LOCALISATION _____	RAMQ _____
	DATE PRÉL.: ____/____/____ HEURE: ____:____	DOSSIER _____ SITE _____
PRESCRIPTEUR	NOM ET PRÉNOM LISIBLES _____	DATE D'ENNAISSANCE _____ SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	NOM ET PRÉNOM COMPLETS _____ NO DE PERMIS _____	AA/MM/JJ _____
	TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE) _____	NOM _____ PRÉNOM _____
	MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES) _____ NO DE PERMIS _____	NOM DE LA MÈRE _____
	NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE _____	ADRESSE _____
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	_____	NOCIVIQUE/RUE _____ APT _____
	_____	CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____

Type de prélèvement

<input type="checkbox"/> Moelle osseuse (ymoel)	Tube héparine
<input type="checkbox"/> Sang (ysang)	Tube EDTA
<input type="checkbox"/> LCR (ylcr)	Tube Transfix
<input type="checkbox"/> Ganglion, biopsie ou autre pièce (yganl)	Milieu RPMI
<input type="checkbox"/> Ponction de ganglion, PAAF ou EBUS (ygang)	Milieu RPMI
<input type="checkbox"/> Liquide de vitré (ylvit)	Tube ou contenant sans anticoagulant
<input type="checkbox"/> Liquide d'ascite (yasci)	
<input type="checkbox"/> Liquide pleural (ypleu)	
<input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire (ylavb)	
<input type="checkbox"/> Autres (yautr), préciser : _____	

Analyses demandées

Analyses réalisées à l'Hôpital du St-Sacrement <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cytométrie sur le sang (CYTFS) <input type="checkbox"/> Cytométrie sur moelle, liquide, ganglions, PAAF ou EBUS (CYTFM) <input type="checkbox"/> Cytométrie sur LCR (LCRMA) <input type="checkbox"/> Autres: _____ 	Analyses réalisées à L'Hôtel-Dieu de Québec <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bilan immunitaire (MTBNK) <input type="checkbox"/> CD4-CD8 sur le sang (MT348) <input type="checkbox"/> Hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN) <input type="checkbox"/> CD19-CD20 (C1920) <input type="checkbox"/> Autres: _____
--	--

Renseignements cliniques

<input type="checkbox"/> Leucémie	<input type="checkbox"/> Pic monoclonal (MGUS/myélome)	<input type="checkbox"/> Cytopénie
<input type="checkbox"/> Blastés au frottis	<input type="checkbox"/> Splénomégalie	<input type="checkbox"/> Anémie
<input type="checkbox"/> Lymphocytose	<input type="checkbox"/> Myélodysplasie (SMD)	<input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> Lymphome		<input type="checkbox"/> Thérapie récente, CAR-T ou autres (spécifier): _____

Suivi de maladies connues :

<input type="checkbox"/> LMA post chimio, jour + _____	<input type="checkbox"/> Myélome
<input type="checkbox"/> LMA suivi	<input type="checkbox"/> LLA post chimio, jour + _____
<input type="checkbox"/> LLC/LNH manteau/LNH marginal/lymphome B	<input type="checkbox"/> LLA suivi
<input type="checkbox"/> Tricholeucémie	<input type="checkbox"/> LGL
<input type="checkbox"/> Lymphome T	<input type="checkbox"/> Autres : _____

Commentaires:

Médecin prescripteur

Nom: _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

Acheminer ce formulaire avec le prélèvement ou l'envoyer par télécopieur au laboratoire de cytométrie de flux

Hôpital du St-Sacrement (HSS) Télécopieur: 418-682-7866	L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ) Télécopieur: 418-654-3477
--	---