

PRÉLEVEUR

LOCALISATION : _____

DATE PRÉL. : ____ / ____ / ____ HEURE : ____ : ____

NOM ET PRÉNOM LISIBLES : _____
(Si différent du prescripteur)

PRESCRIPTEUR

NOM ET PRÉNOM COMPLETS _____ NO DE PERMIS _____

TRANSMISSION DU RESULTAT (NOM DE LA CLINIQUE/ÉTABLISSEMENT) _____

MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLE) _____ NO DE PERMIS _____

NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE _____

RAMQ _____

DOSSIER _____ SITE _____

DATE DE NAISSANCE _____ SEXE M F

AA/MM/JJ

NOM _____ PRÉNOM _____

NOM DE LA MÈRE _____

ADRESSE _____

NOCIVIQUE/RUE _____ APT _____


CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____

Type de spécimen	Délai de transport
------------------	--------------------

- | | |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> Moelle osseuse (Milieu de transport ou héparine de SODIUM) | < 24 h |
| <input type="checkbox"/> Sang (héparine de SODIUM) | < 24 h |

Pour tout prélèvement de SANG, joindre une copie de la formule sanguine complète

- ❖ Pour les centres externes, veuillez aviser le laboratoire de cytogénétique (418-682-7804) avant d'effectuer l'envoi de votre spécimen.

Diagnostic / Contexte clinique	Status
<input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> LLA-B <input type="checkbox"/> LMC <input type="checkbox"/> LLA-T <input type="checkbox"/> NMP (hors LMC) <input type="checkbox"/> Lymphome B <input type="checkbox"/> Cytopénie <input type="checkbox"/> Lymphome T <input type="checkbox"/> Bicytopénie <input type="checkbox"/> Pancytopénie <input type="checkbox"/> Syndrome lymphoprolifératif <input type="checkbox"/> SMD <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Autres (spécifier) : _____	<input type="checkbox"/> Myélome <div style="text-align: center;">  % d'infiltration plasmocytaire : _____ </div> <input type="checkbox"/> Diagnostic initial <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Transformation <input type="checkbox"/> Post-transplant Sexe du donneur : _____ M _____ F
Renseignement(s) clinique(s) : _____ <input type="checkbox"/> Traitement(s)? <input type="checkbox"/> Facturation recherche	

En l'absence de demande spécifique, la recherche d'anomalie se fera en fonction du contexte clinique

Anomalie(s) recherchée(s) : _____

Section réservée au laboratoire de cytogénétique

Réception au laboratoire

Date (aaaa/mm/jj) : _____

Heure (hh :mm) : _____

initiales : _____

Accepté

Accepté avec réserve

Refusé