

LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE - CYTOLOGIE MEDULLAIRE

PATIENT

NOM : Prénom :

Adresse :

Sexe : M / F Date de naissance :/...../.....

MEDECIN PRESCRIPTEUR

(Cachet, date et signature)

ETIQUETTE ID. LABO

VIGNETTE MUTUELLE
OU ETIQUETTE PATIENT

COPIE A :

Date/heure Prélèvement :

PRELEVEMENTS : Frottis de moelle hématopoïétique (lames)

SITE DE PRELEVEMENT :

STERNUM - EIPSD - EIPSG - AUTRE :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

1. **DIAGNOSTIC CONNU?**

NON - OUI

↳ Préciser :

2. **GREFFE?**

NON - OUI

↳ Préciser :
- Date de la greffe : / / ou Jour
- Type de greffe : Auto - Allo - Mini

3. **COMMENTAIRES - SYMPTOMATOLOGIE**

4. **RESULTATS D'HEMOGRAMME RECENT**

Globules rouges : 10⁶ /mm³

Globules blancs : 10³ /mm³

Hémoglobine : g/dL

Formule leucocytaire :

Plaquettes : 10³ /mm³

Si urgent, merci de prendre contact préalablement avec :

- TASSIN Fr., MD PhD : 04/366.77.05
- KEUTGENS A., PhD : 04/366.82.22

En cas d'absence, prendre contact avec le laboratoire : 04/366.82.60