Centre Hospitalier Universitaire de Liège

LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE
TYPAGES HEMATOPOIETIQUES et THERAPIE CELLULAIRE

PATIENT
NOM : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
.....
Sexe : M / F Date de naissance : ...../...../.....

VIGNETTE MUTUELLE
ou ETIQUETTE SIGNAETIQUE PATIENT

MEDECIN PRESCRIPTEUR
(Cachet, date et signature)

COPIE A :

Date et heure du prélèvement :

ETIQUETTE ID. LABO

TYPAGE HEMATOPOIETIQUE *(TYPA)*

Milieu à préciser, tube conseillé :

- ☐ SANG — *Tube héparine*
- ☐ MOELLE — *SANS gel (*)*
- ☐ BIOPSIE — *Tube + liq. Physio. / Milieu de culture*
  TYPE : .....
- ☐ LCR — *Tube sec SANS gel ou avec transfix*
- ☐ Liq de ponction
  TYPE : .....
- ☐ AUTRE MILIEU :
  TYPE :.....

Tube sec SANS gel (tube hép. SANS gel si liq. sanguinolent)

Indications à préciser :

Diagnostic :

- ☐ Cytopénie
- ☐ Hyperéosinophilie
- ☐ Hyperleucocytose
- ☐ Immunodéficience
- ☐ Inversion de formule
- ☐ Leucémie lymphoide chronique
- ☐ Leucose aigue
  - ☐ Index ADN
- ☐ LMC / SMP / LMMC
- ☐ Syndrome myélodysplasique
- ☐ Lymphome de Hodgkin
- ☐ Lymphome non Hodgkinien
  ☐ B ☐ T ➡ Type à préciser :
  .....
- ☐ Myélome - Waldenstrom
- ☐ P.N.H. (sur sang uniquement)
- ☐ AUTRE :
  À préciser :.....
  .....
  .....

Suivi standard de :
☐ L.M.A. ☐ L.L.A - B ☐ L.L.A - T ☐ L.L.C ☐ Myélome ☐ SMP
☐ Autre : .....

Recherche de maladie résiduelle quantitative pour :
☐ L.L.A - B ☐ L.L.A - T ☐ Leucémie lymphoide chronique ☐ Myélome

TYPAGE LYMPHOCYTAIRE

1. SANG PERIPHERIQUE :

- ☐ Numération lymphocytaire CD4 et CD8 *(CD4/8P)*
- ☐ Numération lymphocytaire T, B, NK *(TYPSANG)*

Tube conseillé : ***héparine SANS gel 3 ml. (*)***

Information à préciser :
Lymphocytose absolue : ..... /mm³
Si non disponible : ☐ Numération et Formule leucocytaire *Tube EDTA 3ml*

2. LAVAGE BRONCHO-ALVEOLAIRE :

- ☐ Lymphocytes T CD4 et CD8 *(CD48x)*

Tubé conseillé : *Tube sec SANS gel*
(Tube hépariné sans gel si liquide sanguinolent)

Informations à préciser :
Pourcentage de lymphocytes : ..... %
Numération des globules blancs : ..... /mm³

THERAPIE CELLULAIRE :

- ☐ Numération des progéniteurs CD34 *(CD34s)*

Milieu à préciser, tube conseillé :

- ☐ SANG DE CORDON — *Tube Citraté*
- ☐ CYTAPHERESE
- ☐ SANG PERIPHERIQUE — *Tube Hépariné SANS gel 3ml (*)*

Information à Préciser :
Leucocytose : ..... /mm³

MQ.A11.60 Version 8 03/2022

***(*)** : Tube EDTA acceptable.*

TRANSFERT RAPIDE AU LABORATOIRE, CONSERVATION ET TRANSPORT A T° AMBIANTE