

Demande d'examens de laboratoire

Version N°11 - Date de diffusion 07/12/2020

Documents rattachés : BFC/LAB/SPE/PR/004

Manuel de prélèvement du Laboratoire sur Internet :
<https://www.efs.sante.fr/region/bourgogne-franche-comte>

Identité du patient <i>(coller une étiquette ou renseigner)</i>		Prescripteur	
Nom de naissance : Nom usuel : Prénom : Date de naissance : ___ / ___ / ____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Nom du prescripteur : Date de prescription : ___ / ___ / ____ Etablissement ou LBM : adresse : Téléphone : Destinataire des résultats si différent du prescripteur :	
Renseignements cliniques		Prélèvement	
Renseignements cliniques : Traitement anticoagulant en cours <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nature du traitement : Antiagrégants plaquettaires <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Anti inflammatoires non stéroïdiens <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N		Date de prélèvement : ___ / ___ / ____ Heure de prélèvement : ___ H ___ Nom du préleveur: Fonction : Nombre de tubes transmis : Difficulté de prélèvement :	
Facturation			
Au patient <input type="checkbox"/> - A l'établissement <input type="checkbox"/> - ALD <input type="checkbox"/> - Saignée <input type="checkbox"/>			
Examens demandés			
Cytologie		Hémostase	
<input type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> Réticulocytes <input type="checkbox"/> Formule Sanguine <input type="checkbox"/> NFS (saignée) ** <input type="checkbox"/> Electrophorèse de l'hémoglobine <input type="checkbox"/> Hémoglobine S ** <input type="checkbox"/> Myélogramme ** <input type="checkbox"/> Empreinte ** <input type="checkbox"/> Ponction ** <input type="checkbox"/> Test de Kleihauer <input type="checkbox"/> Autre (Préciser)		<input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> TCA <input type="checkbox"/> Fibrine ** <input type="checkbox"/> Bilan de thrombophilie <input type="checkbox"/> Autre (Préciser)	
Immunologie		Onco Hématologie Moléculaire (BHN)	
** <input type="checkbox"/> Immunophénotypage à la recherche d'une hémopathie <input type="checkbox"/> sang <input type="checkbox"/> moelle osseuse <input type="checkbox"/> autre (précisez) ** <input type="checkbox"/> Sous populations lymphocytaires T CD4/CD8 ** <input type="checkbox"/> Sous population lymphocytaires T CD4/CD8, B et NK. <input type="checkbox"/> Complément CH50 <input type="checkbox"/> Complément fractions C3 et C4 <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Préciser) Ac Antiplaquettes / MAIPA indirect		** <input type="checkbox"/> Bilan Moléculaire SMP, non LMC (JAK2/CALR/MPL). <i>Renseignements cliniques obligatoires</i> <input type="checkbox"/> BCR/ABL **<input type="checkbox"/> NGS myéloïde ** <input type="checkbox"/> Clonalité B ou T **<input type="checkbox"/> NGS lymphoïde ** <input type="checkbox"/> Statut mutationnel IGVH **<input type="checkbox"/> Statut mutationnel TP53 ** <input type="checkbox"/> Autre (Préciser)	

** Voir les recommandations spécifiques pour les examens

Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
LE BOURVELLEC Béatrice 20/11/2020	FERRAND Christophe (01/12/2020)	MOUREY Guillaume (07/12/2020)