

PRÉLÈVEUR	LOCALISATION	RAMQ	
	DATE PRÉL.: / /	DOSSIER	SITE
PRESCRIPTEUR	NOM ET PRÉNOM LISIBLES	DATE D'NAISSANCE	SEXE M ☐ F ☐
	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)	NOM DE LA MÈRE	
	NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE	ADRESSE	APT
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES		CODE POSTAL	TÉLÉPHONE

Type de prélèvement

☐ Moelle osseuse	Tube héparine
☐ Sang	Tube EDTA
☐ LCR	Tube Transfix
☐ Ganglion, biopsie ou autre pièce	Milieu RPMI
☐ Ponction de ganglion, PAAF ou EBUS	Milieu RPMI
☐ Liquide vitré	Tube ou contenant sans anticoagulant
☐ Liquide d'ascite	
☐ Liquide pleural	
☐ Lavage broncho-alvéolaire	
☐ Autres, préciser : _____	

Analyses demandées

Analyses réalisées à l'Hôpital du St-Sacrement ☐ Cytométrie sur le sang (CFLUA) ☐ Cytométrie sur moelle, liquide, ganglions, PAAF ou EBUS (CFLUA) ☐ Cytométrie sur LCR (CFLUA) ☐ Autres: _____	Analyses réalisées à L'Hôtel-Dieu de Québec ☐ Bilan immunitaire (TBNK) ☐ CD4-CD8 sur le sang (MLYT) ☐ Hémoglobine nocturne (PNHFL) ☐ CD19-CD20 (LYMSP) ☐ Autres: _____
--	--

Renseignements cliniques

☐ Leucémie ☐ Blastes au frottis ☐ Lymphocytose ☐ Lymphome	☐ Pic monoclonal (MGUS/myélome) ☐ Splénomégalie ☐ Myélodysplasie (SMD)	☐ Cytopénie ☐ Anémie ☐ Autres : _____ ☐ Thérapie récente, CAR-T ou autres (spécifier): _____
--	---	---

Suivi de maladies connues :

☐ LMA post chimio, jour + _____ ☐ LMA suivi ☐ LLC/LNH manteau/LNH marginal/lymphome B ☐ Tricholeucémie ☐ Lymphome T	☐ Myélome ☐ LLA post chimio, jour + _____ ☐ LLA suivi ☐ LGL ☐ Autres : _____
--	---

Commentaires:

Médecin prescripteur

Nom:	# licence :	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	