

REQUÊTE CYTOGÉNÉTIQUE – HÉMATO-ONCOLOGIQUE

PRÉLEVEUR

LOCALISATION : _____

DATE PRÉL.: _____ / _____ / _____

HEURE : _____ :

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

RAMQ _____

DOSSIER _____ SITE _____

DATE DE NAISSANCE _____ SEXE M F

AA/MM/JJ

NOM _____ PRÉNOM _____

NOM DE LA MÈRE _____

ADRESSE _____ NO CIVIQUE/RUE _____ APT _____

CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____

NOM ET PRÉNOM COMPLETS _____ NO DE PERMIS _____
TRANSMISSION DU RÉSULTAT (NOM DE LA CLINIQUE/ÉTABLISSEMENT)
MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLE) _____ NO DE PERMIS _____
NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE _____

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

- Moelle osseuse (Milieu de transport ou héparine de SODIUM) < 24 h
- 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"/> Myélome <input type="checkbox"/> LMC <input type="checkbox"/> LLA-T ↓ <input type="checkbox"/> NMP (hors LMC) <input type="checkbox"/> Lymphome B % d'infiltration <input type="checkbox"/> Cytopénie <input type="checkbox"/> Lymphome T plasmocytaire : <input type="checkbox"/> Bicytopenie <input type="checkbox"/> Syndrome _____ <input type="checkbox"/> Pancytopenie lymphoprolifératif <input type="checkbox"/> SMD <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Autres (spécifier) : _____	<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 :
<input type="checkbox"/> Accepté	<input type="checkbox"/> Accepté avec réserve	<input type="checkbox"/> Refusé

Coordonnées du laboratoire cytogénétique (HSS)

Téléphone : 418-682-7804

Télécopieur : 418-682-7654