



**REQUÊTE ANALYSE CYTOMÉTRIE FLUX CULTURE PROGÉNITEURS
HÉMATOPOÏÉTIQUES (SOUS HÉPARINE POUR MOELLE OSSEUSE)**

ANALYSE EN CYTOMÉTRIE DE FLUX (générale)

Type de prélèvement

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sang (CYTFS) | <input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire (CYTFM) |
| <input type="checkbox"/> Moelle osseuse (CYTFM) | <input type="checkbox"/> Ganglion (CYTFM) localisation : _____ |
| <input type="checkbox"/> LCR (CYTFM) | <input type="checkbox"/> Autre précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Liquide d'ascite (CYTFM) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Liquide pleural (CYTFM) | |

Contexte clinique

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cytopénie | <input type="checkbox"/> Suivi de maladie connue (encerchez ↓) |
| <input type="checkbox"/> Lymphocytose | • LMA évaluation post chimio, jour + _____ |
| <input type="checkbox"/> Blastes en périphérie au frottis | • LMA suivi |
| <input type="checkbox"/> Pic monoclonal (MGUS/myélome) | • LLA suivi |
| <input type="checkbox"/> Splénomégalie | • LLC/LNH Manteau/LNH marginal |
| <input type="checkbox"/> Myélodysplasie | • Tricholeucémie |
| | • LGL |
| | • Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Bilan d'extension lymphome diagnostic : _____ | |

Analyse spécifique demandée ou commentaire :

ANALYSE EN CYTOMÉTRIE DE FLUX (analyses spécifiques)

- Bilan immunitaire (MTBNK)
- Dosage CD4 – CD8 (MT348)
- Recherche hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN)
- Récepteurs GP II_B III_A Glazmann (RGPII)
- HLAB27 (HLA27)

CULTURES

- Culture complète de cellules progénitrices hématopoïétiques (GEMM)

Médecin prescripteur

Date

**IMPORTANT S.V.P. acheminer ce formulaire avec le prélèvement
au laboratoire de cytométrie de flux OU L'ENVOYER PAR TÉLÉCOPIEUR AU 418 682-7866**

()