



**REQUÊTE CYTOGÉNÉTIQUE HÉMATOLOGIE  
HÔPITAL DU SAINT-SACREMENT**

<b>Médecin prescripteur</b>		
<input type="checkbox"/> M. Amin <input type="checkbox"/> C. Demers <input type="checkbox"/> P. F. Leblond <input type="checkbox"/> F. Barabé <input type="checkbox"/> C. Doyle <input type="checkbox"/> J. Lemieux <input type="checkbox"/> M. Bergeron <input type="checkbox"/> G. Gallagher <input type="checkbox"/> J. Lyonnais <input type="checkbox"/> G. Cantin <input type="checkbox"/> S. Laberge <input type="checkbox"/> N. Mourad <input type="checkbox"/> S. Cloutier <input type="checkbox"/> V. Laroche <input type="checkbox"/> R. Delage <input type="checkbox"/> J-F Larouche <input type="checkbox"/> Autre : _____ # permis: _____ Établissement : _____		Unité de soins/clinique : _____ Préleveur : _____ Date : _____ Heure : _____
<b>Type de spécimen</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Moelle osseuse</b> (milieu de transport ou héparine de sodium) <input type="checkbox"/> <b>Sang</b> (héparine de sodium) <input type="checkbox"/> <b>Ganglion</b> (frais dans milieu de transport)		<input type="checkbox"/> <b>Lame(s) empreinte</b> <input type="checkbox"/> <b>Autre (préciser)</b>
<b>Indications</b> (pour toute question, coordonnées du laboratoire : 418 682-7804) :		<b>Status :</b>
<input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> LLA <input type="checkbox"/> LMC <input type="checkbox"/> SMP (hors LMC) <input type="checkbox"/> Cytopénie <input type="checkbox"/> SMD <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Syndrome lymphoprolifératif <input type="checkbox"/> Lymphome <input type="checkbox"/> Myélome <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ _____		<input type="checkbox"/> Diagnostic initial <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Bilan d'extension <input type="checkbox"/> Protocole  Renseignement(s) clinique(s) : _____
<b>Analyse (s) demandée(s) :</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Cytogénétique conventionnelle (caryotype)</b> <input type="checkbox"/> <b>Hybridation in situ (FISH)</b> Anomalie(s) recherchée(s) : _____ _____		
<small>Remarque : En l'absence de demande spécifique, la recherche d'anomalie par FISH se fera en fonction du contexte clinique ou en fonction du caryotype.</small>		<b>NOTE :</b> Merci de joindre le résultat de la formule sanguine ou du myélogramme correspondant.
<b>Réception laboratoire (section réservée au laboratoire)</b> Date : _____    Heure : _____		
<input type="checkbox"/> <b>Accepté</b> <input type="checkbox"/> <b>Accepté avec réserve</b> <input type="checkbox"/> <b>Refusé</b> <input type="checkbox"/> <b>Envoi à l'extérieur</b> Destination : _____		

(                                    )