

Demande d'analyses de cytométrie de flux (Immunologie cellulaire)

Service d'hématologie

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Prescripteur Nom, prénom : _____ No permis : _____ Unité de soins ou : _____ Adresse complète : _____ No téléphone : _____ Signature : _____ Date : ____/____/____	Nom, prénom : _____ No dossier ou : _____ NAM ou : _____ DDN et sexe : ____/____/____ M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
PRÉLÈVEMENT	
Date : ____/____/____ Heure : _____ Prélevé par : _____	

Renseignements cliniques : _____

Liste des marqueurs inclus dans les bilans disponibles sur le site web du laboratoire : <https://www.chumontreal.qc.ca/labo-chum-0>

Liquides biologiques	Sang et moëlle
----------------------	----------------

Cocher obligatoirement le type d'échantillon et l'analyse demandée

Type d'échantillon <input type="checkbox"/> LCR (liquide céphalorachidien) <i>LCR, tube spécifique no 4</i> <input type="checkbox"/> Liquide péritonéal <i>1 tube lavande 4 ml</i> <input type="checkbox"/> Liquide pleural <i>1 tube lavande 4 ml</i> <input type="checkbox"/> LBA (lavage bronchoalvéolaire) <i>1 contenant stérile spécifique</i> Analyse demandée <input type="checkbox"/> Bilan syndrome lymphoprolifératif CFLUX <input type="checkbox"/> Bilan de blastes CFLUX <input type="checkbox"/> Typage liquide biologique (CD4 et CD8%) CFLUX	Type d'échantillon <input type="checkbox"/> Sang <i>1 tube lavande 4 ml, (2 tubes pour SLP)</i> <input type="checkbox"/> Moëlle <i>1 tube vert foncé 6 ml (héparine de Na)</i> Analyse demandée <input type="checkbox"/> Bilan syndrome lymphoprolifératif CFLUX <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Suivi Précisez : <input type="checkbox"/> B ou <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Bilan de blastes CFLUX <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Suivi Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Bilan de gammopathie clonale CFLUX <input type="checkbox"/> Bilan d'immunodéficience ¹ ¹ marqueurs lymphocytaires T-B-NK (CD3/4/8/19/16+56/45 et CD38% et absolu) TBNK <input type="checkbox"/> PNH-FLAER* (<i>lundi avant 16h</i>) * Sang seulement PNHFL <input type="checkbox"/> Bilan de greffe* * Sang seulement CFLUX <input type="checkbox"/> Bilan suivi CD20* * Sang seulement CFLUX <input type="checkbox"/> Bilan neuro* * Sang seulement CFLUX
--	---

Cellules souches	
<input type="checkbox"/> CD34 précollecte <i>2 tubes lavande 4 ml (sang)</i> (CD34 sang + FSC) PCCS <input type="checkbox"/> CD34 collecte <i>2 tubes lavande 4 ml (liquide)</i> CCS Volume de collecte (Vol. total - ACD): _____ ml Poids du patient : _____ kg	

Quantification des globules rouges foetaux	Tissus et ganglions
--	---------------------

<input type="checkbox"/> Quantification des globules rouges foetaux <i>1 tube lavande 4 ml</i> Remplace test de Kleihauer QGRFO Poids (patiente) : _____ kg Taille (patiente) : _____ cm	Type d'échantillon <i>1 tube conique 15 ml (RPMI 3 ml)</i> Biopsie ou tissus Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Bilan de ganglions GOVIA
--	---