

Etiquette Patient

Etiquette Service

PRESCRIPTEUR
Moustiquette

Nom :
Fonction :
N° APHP :



☐ Pas de résultats Cyberlab

Contact laboratoire : poste 17985 . Tél ext : 01 49 81 22 98

PRELEVEUR
(Moustiquette ou tampon)

Nom :
Fonction :

Date et Heure de prélèvement

Jour ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
☐11 ☐12 ☐13 ☐14 ☐15 ☐16 ☐17 ☐18 ☐19 ☐20
☐21 ☐22 ☐23 ☐24 ☐25 ☐26 ☐27 ☐28 ☐29 ☐30 ☐31
Mois ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 ☐11 ☐12

Heures ☐00 ☐01 ☐02 ☐03 ☐04 ☐05 ☐06 ☐07 ☐08 ☐09 ☐10 ☐11
☐12 ☐13 ☐14 ☐15 ☐16 ☐17 ☐18 ☐19 ☐20 ☐21 ☐22 ☐23 Mn ☐00 ☐15 ☐30 ☐45

PHENOTYPAGE LYMPHOCYTAIRE PAR CYTOMETRIE EN FLUX



Les prélèvements reçus au laboratoire à partir du vendredi 17h00 ne pourront pas être analysés.

EXAMENS NON REALISES DE GARDE, le week-end et les jours fériés.

Renseignements cliniques (OBLIGATOIRE) :

Pathologie B:

- ☐ VIH
☐ Rituximab
☐ SAL
☐ Protocole
☐ Essai clinique
☐ Autre(s) traitement(s) :
- ☐ LLC
☐ LNH Manteau
☐ LNH Folliculaire
☐ D.L.B.C.L.
☐ LNH zone marginale/ Waldenström

Pathologie T:

- ☐ Mycosis Fongoïde
☐ Sézary
☐ L.A.I.

Divers:

- ☐ Aspect L.G.L. en cytologie
☐ Neutropénie
☐ Anémie auto-immune
☐ Agglutinines froides

☐ Autres renseignements:



Nature du prélèvement :

- Renseignement obligatoire dont l'absence bloque la réalisation de l'analyse.
- Une feuille de demande par nature de prélèvement SVP.



tube E.D.T.A. (4ml)

☐ Sang ☐ Moelle



10-20 ml tube sec

☐ LBA ☐ Ascite ☐ Liq.pleural
☐ Autre milieu :



Tube fourni par le laboratoire :
- à garder au frais avant et après le prélèvement
- à rapporter au laboratoire (pas de pneumatique)
dans les plus bref délais
Prélèvements acceptés jusqu'au vendredi 12h.

☐ LCR

Analyse demandée (OBLIGATOIRE) :

- ☐ Numération des lymphocytes T CD3/CD4/CD8
☐ Bilan d'hémopathie lymphoïde B
☐ Numération des lymphocytes B (CD19) et NK
☐ Bilan d'hémopathie lymphoïde T ou L.G.L.
☐ D.I.C.V.
☐ CAR-T CD19 ☐ CAR-T BCMA

RESERVE LABO

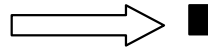
☐ NC

☐ Tri

☐ 2

Recommandations pour remplir les feuilles de prescription

Noircir les cases correspondantes aux analyses demandées



Gestion des Conformités

Remplir obligatoirement chacun des renseignements suivants :

Prescripteur :

Préleveur :

Contact Service :

Heure de prélèvement :

Sans oublier les Renseignements cliniques indispensables

L'absence de ces informations entrainera une Non-conformité qui annulera ou retardera cette prescription !



Prélèvements : suivre les « Recommandations du Manuel de prélèvement »



Abréviations de Cytométrie en Flux

L.C.R. → Liquide Céphalo-Rachidien

D.I.C.V. → Déficit Immunitaire Commun Variable

L.G.L. → Grand Lymphocyte Granuleux

S.A.L. → Sérum Anti-Lymphocytaire (ou Thymoglobuline, ou OKT3, ou anti-CD3)

D.L.B.C.L. → Lymphome Diffus à Grandes Cellules B