

ETIQUETTE PATIENT IPP

OBLIGATOIRE ou

IPP :

Nom :

Prénom :

DDN :

ETIQUETTE
UH ETABLISSEMENT
Service prescripteur**OBLIGATOIRE**ETIQUETTE Code APH
MEDECIN PRESCRITEUR**OBLIGATOIRE** ou

NOM :

Prénom :

ETIQUETTE Code APH
PRELEVEUR**OBLIGATOIRE** ou

NOM :

Prénom :

HOPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS-SEINE-SAINT-DENIS -- HOPITAL AVICENNE

Service d'HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE - Pr F.CYMBALISTA

- Secteur Cytogénétique - Dr V. ECLACHE

Tél : 01.48.95.56.46 (accueil laboratoire) / 01.48.95.56.45 (Dr V.Eclache) - Fax : 01.48.95.56.48

Réf: 1CY1-V1-2020



Téléphone du prescripteur :

ETIQUETTE
LABO

DATE de prélèvement :

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
| J | J | M | M | A | A |

H. de prélèvement :

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| H | H | M | M |

 Pas de résultat@ts
dans Cyberlab

-
- NC Médecin
-
-
- NC Préleveur
-
-
- NC Prescription

■ Merci de noircir les cases stylo NOIR ou BLEU

Caryotype sur RDV obligatoire Dr V. Eclache : 01 48 95 56 45 / secrétariat : 01 48 95 56 46

MOTIF DE LA DEMANDE Remplir une feuille par type de prélèvement

NFS antérieure A JOINDRE S.V.P.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à renseigner impérativement)

 DIAGNOSTIC LAM / MDS LLC Lymphome Autre (à préciser) : Caryotype antérieur (à joindre MERCI) : SUIVI

Traitement : OUI NON

Nom du traitement :

Inclusion protocole :

Nature du prélèvement :

 Sang (1 tube héparine 7 ml et 1 tube EDTA) Moelle (1 tube mileu de transport ou tube héparine 7 ml) Autre (à préciser) :

Cytogénétique :

 Caryotype

Hybridation in situ (FISH) :

 TP53 Autre (à préciser) :