



DEMANDE DE CARYOTYPE ONCOLOGIQUE

Dr Roche-Lestienne

Dr Boudry-Labis

COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur
 Adresse
 CP Ville
 Téléphone Télécopie
 E mail

PATIENT

Nom
 Nom d'épouse
 Prénom
 Né(e) le
 Sexe F M

SERVICE CLINIQUE

Nom du ou des
 Médecins
 prescripteurs
 Téléphone
 Date de l'examen
 Votre référence
 Service/Unité

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Préciser impérativement

- Circonstances de la demande :
- Diagnostic clinique évoqué :
- Stade de la maladie : DIAGNOSTIC REMISSION RECHUTE EVOLUTION

PRELEVEMENT(S)

- Date et heure de prélèvement.
- Nature du prélèvement : SANG MOELLE AUTRE (préciser)
- Merci de joindre la copie d'une numération récente.