



**INSTITUT D'HEMATOLOGIE TRANSFUSION**

**- SERVICE D'HEMATOLOGIE CELLULAIRE -**

☎ 03.20.44.44.87

FAX 03.20.44.61.96

**PTI CYTOLOGIE - HEMATOLOGIE**

**DEMANDE DE MYELOGRAMME**

oct-14

**COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR**

Demandeur

Adresse

CP  Ville

Téléphone  Télécopie

E mail

**PATIENT**

Nom

Nom d'épouse

Prénom

Né(e) le

Sexe

*ETIQUETTE PATIENT*

**SERVICE CLINIQUE**

Nom du prescripteur

Téléphone

Votre référence

Service/Unité

*TAMPON DU MEDECIN*

**PRELEVEMENT(S)**

Date de prélèvement :  Nom de l'opérateur : ..... Téléphone : .....

Site de ponction :  STERNAL  ILIAQUE  TIBIAL

Irradiation thoracique :  OUI  NON

Problèmes éventuels rencontrés lors du prélèvement :

.....

.....

.....

**RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES**

Contexte clinico-biologique et motif de la demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Des nouveaux médicaments ont-ils été introduits au cours du dernier mois ? Si oui, détaillez :

.....

.....

.....

.....

**RECOMMANDATIONS**

- Faire 10 étalements minimum à identifier impérativement au crayon à papier (nom, prénom du patient).  
 - Associer un résultat de Numération Formule +/- réticulocytes de moins de 48 H ou 1 tube EDTA de 5 ml du jour.