



NOM de Naissance : PRENOM : SEXE : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> DATE de Naissance : / / NOM Marital : Centre demandeur : Service : Médecin prescripteur : Tel :	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p><i>Etiquette patient</i></p> </div>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Renseignements cliniques :

Antécédents & Traitements (notamment **anticorps monoclonaux**) =
 Indication, diagnostic connu ou présumé =
 Stade clinique = Diagnostic Rémission Rechute Suivi
 Consentement et/ou non opposition à la conservation en cellulothèque

Prélèvement :

Date : / / Heure de prélèvement : h
 Sang Moelle LCR (acheminement <2h et avant 14h) Autre (préciser)

ANALYSE DEMANDEE :

- **Immunophénotypage des Leucémies Aiguës (LA)** B 300 (8 Ac) + BHN 100 /Ac supp
 - Panel diagnostique Maladie résiduelle (MRD)
 - Index d'ADN (BHN 300) Autre (préciser)
- **Immunophénotypage des syndromes lymphoprolifératifs (LLC, LNH)** B 300 (8 Ac) + BHN 100 /Ac supp
 - Panel d'orientation : CD3, CD4, CD5, CD8, CD10, CD19, CD20, CD56, Kappa, Lambda
 - Panel Syndr. lymphoprolifératifs B : Score de Matutes Tricholeucocytes
 - Maladie résiduelle (MRD LLC) Autre (préciser)
 - Panel Syndr. lymphoprolifératifs T : CD1a, CD2, CD7, CD10, CD25, CD28, CD45RO, CD45RA, TRBC1
 - Panel Sézary : CD26, CD7, CD158k (KIR3DL2) Erythrodermie oui non
- **Immunophénotypage des gammopathies monoclonales** B 300 (8 Ac) + BHN 100 /Ac supp
 - Panel diagnostique complément maladie résiduelle (MRD)
- **Immunophénotypage des LMMC** (répartition des populations monocytaires sanguines) B 300
- **Numération des cellules CD34 circulantes** (hors contexte de greffe de moelle) BHN 200
- **Recherche d'un clone HPN** B 80 (2 Ac) + BHN 100 Hémolyse , Aplasie , Thrombose , SMD
- **Test à l'EMA** (anomalies membranaires des GR de type Sphérocytose héréditaire) BHN 40
- **Recherche de Mastocytes anormaux** B 300
- **Autres analyses** (à préciser)

CONDITIONS DE PRELEVEMENT :

pour plus d'informations :

- Echantillons :
 - Moelle osseuse = 1 à 2 ml dans un tube EDTA
 - Sang = 5 à 10 ml dans un tube EDTA (10ml pour l'HPN des patients aplasiques)
 - Autres liquides biologiques (LCR, ...) = 1 ml ou plus en flacon stérile, éventuellement hépariné.
- Ouverture du laboratoire de 8h à 18h du Lundi au vendredi
- Acheminement le plus rapidement possible (<24h, noter l'heure de prélèvement)

