CHU DE LILLE
Institut d'Hématologie Transfusion
PTI Cytologie Hématologique
☎ : 03.20.44.48.87 Fax : 03.20.44.61.96

DEMANDE DE MYELOGRAMME - CHU LILLE

Identité Patient

Nom : ……
Nom d'épouse : ……
Prénom : ……

Né(e) le : ……
Sexe : ….

Identité demandeur

Service demandeur : ……..

Médecin prescripteur : ……

Tel : ……

PRELEVEMENT

Date : …… Heure : …….. Nom de l'opérateur : …….. Téléphone :……

Site de ponction : ☐ Sternal ☐ Iliaque ☐ Tibial

☐ Prélèvement réalisé dans le cadre d'une BOM

Irradiation thoracique : ☐ OUI ☐ NON

Réservé aux internes du laboratoire : MOPVT ☐

Problèmes éventuels rencontrés lors du prélèvement :
……
……
……
……
……

Recommandations :
- Toute demande de myélogramme doit être associée à une demande de numération formule +/- réticulocytes de moins de 48H.
- Faire 5 à 8 étalements. Identification des lames impérativement au crayon à papier (nom, prénom du patient).
- Une fiche « Conseil pour la réalisation des frottis médullaires » est disponible dans le répertoire des analyses du CHU de Lille (analyse myélogramme - documents associés).

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Motif détaillé de la demande et contexte clinico-biologique :
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

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

……
……
……
……
……