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

DEMANDE DE TEST AU NITRO BLEU de TETRAZOLIUM (NBT)

Identité Patient	**Identité demandeur**
Nom : ……	Service demandeur : ……..
Nom d'épouse : ……	Médecin prescripteur : ……
Prénom : ……...	Tel : …….
Né(e) le : ……..	
Sexe : ….	

PRELEVEMENT

Le test au NBT est un examen qui est réalisé dans le cadre de la suspicion la granulomatose septique chronique.

Recommandations :

- **Téléphoner impérativement au laboratoire (03 20 44 59 62 puis poste 83008 ou 45671) pour prise de rendez-vous.**
- **Etre à distance de tous épisodes infectieux.**
- Toute demande de test au NBT doit être associée à une demande de numération formule.
- **Associer systématiquement un tube prélevé sur un témoin sain, non infecté et prélevé dans les mêmes conditions (date et heure).**
- Acheminement immédiat des tubes (< 2 heures), arrivée au laboratoire avant 14 heures au plus tard (pour les demandes extérieures : apposer une étiquette prioritaire sur le sachet).

Date : ……. Heure de prélèvement : ……..

Nom, prénom et date de naissance du prélèvement du témoin sain : ……..

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Motif détaillé de la demande et contexte clinico-biologique :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

© *Document interne, propriété C.H.U. de LILLE*