

GROUPE HOSPITALIER SAINT- LOUIS – LARIBOISIERE – F. WIDAL

Contacts :

Dr J. BRIERE, SERVICE DE PATHOLOGIE – T : 0142499933 / F : 0142494922

Dr J. RIVET (lymphomes cutanés), SERVICE DE PATHOLOGIE – T : 0142494559 / F : 0142494922

Dr JM. CAYUELA, LABORATOIRE CENTRAL d'HEMATOLOGIE – T : 0142499946 / F : 0142494027

Hôpital Saint Louis, 1 av C. Vellefaux -75475 Paris

**BON DE DEMANDE D'EXAMEN (CLONALITE LYMPHOIDE)
EN ONCOLOGIE MOLECULAIRE**

PATIENT

☐ Monsieur

☐ Madame

Nom :

Née :

Prénom :

Date de naissance :

MEDECIN DEMANDEUR

NOM :

ADRESSE :

EXAMEN DEMANDE :

CONTEXTE DE LA DEMANDE :

DATE DE LA DEMANDE :

MATERIEL TRANSMIS

Diagnostic anatomo-pathologique, ou cytologique : (joindre un double des comptes-rendus)

Référence Laboratoire :

Date du prélèvement :

Nature (coupes, biopsies, sang, moelle, ...) :

PRECISER DANS LA ZONE SELECTIONNEE POUR ANALYSE

1/ organe

2/ % de cellules lymphoïdes suspectes :

Pathologiste validant l'analyse morphologique :

CLINICIEN REFERENT (coordonnées précises)

Nom :

Adresse :

RECOMMANDATIONS DE TRANSPORT ET DELAI DE RENDU DE RESULTAT

Biopsies congelées : transport en carboglace, sans rupture de la chaîne du froid.

Sang et ou moelle : transport à température ambiante. Livraison dans un délai maximal de 24H après le prélèvement.²