

## DEMANDE D'EXAMEN en HEMATOPATHOLOGIE : Biopsie ostéomédullaire

<p><b><u>Identification patient (étiquette, vignette, plaquette) :</u></b></p>   <p><b><u>Nos références :</u></b></p>	<p><b><u>Cachet et signature du Médecin préleveur :</u></b></p>   <p><b><u>Date d'examen :</u></b></p> <p><b><u>Copies au(x) Docteur (s) :</u></b></p>		
<p><b>Durée de la symptomatologie :</b> .....</p>			
<p><b>Contexte :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Lymphome connu  <input type="checkbox"/> Anémie (cf. infra)  <input type="checkbox"/> Pancytopénie (cf. infra)  <input type="checkbox"/> Hyperleucocytose (cf. infra)  <input type="checkbox"/> Polyglobulie (cf. infra)  <input type="checkbox"/> Hépatomégalie  <input type="checkbox"/> Splénomégalie  <input type="checkbox"/> Recherche métastase         </td> <td style="width: 55%; border: none;">           Type.....                 Primitif.....         </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Lymphome connu <input type="checkbox"/> Anémie (cf. infra) <input type="checkbox"/> Pancytopénie (cf. infra) <input type="checkbox"/> Hyperleucocytose (cf. infra) <input type="checkbox"/> Polyglobulie (cf. infra) <input type="checkbox"/> Hépatomégalie <input type="checkbox"/> Splénomégalie <input type="checkbox"/> Recherche métastase	Type.....      Primitif.....
<input type="checkbox"/> Lymphome connu <input type="checkbox"/> Anémie (cf. infra) <input type="checkbox"/> Pancytopénie (cf. infra) <input type="checkbox"/> Hyperleucocytose (cf. infra) <input type="checkbox"/> Polyglobulie (cf. infra) <input type="checkbox"/> Hépatomégalie <input type="checkbox"/> Splénomégalie <input type="checkbox"/> Recherche métastase	Type.....      Primitif.....		
<p><b>Sérologie :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Toxoplasmose  <input type="checkbox"/> EBV  <input type="checkbox"/> HIV  <input type="checkbox"/> Autres.....         </td> <td style="width: 55%; border: none;"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Autres.....	
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Autres.....			
<p><b>Médicaments</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> .....  <input type="checkbox"/> .....  <input type="checkbox"/> .....         </td> <td style="width: 55%; border: none;"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	
<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....			
<p><b>Sang périphérique :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Globules blancs  <input type="checkbox"/> Globules rouges  <input type="checkbox"/> Formule  <input type="checkbox"/> Plaquettes  <input type="checkbox"/> VS/CRP         </td> <td style="width: 55%; border: none;"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Globules blancs <input type="checkbox"/> Globules rouges <input type="checkbox"/> Formule <input type="checkbox"/> Plaquettes <input type="checkbox"/> VS/CRP	
<input type="checkbox"/> Globules blancs <input type="checkbox"/> Globules rouges <input type="checkbox"/> Formule <input type="checkbox"/> Plaquettes <input type="checkbox"/> VS/CRP			
<p><b>Antériorités pertinentes :</b></p>			
<p><b>Biologie moléculaire :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> à faire.....  <input type="checkbox"/> faite Résultats éventuels.....         </td> <td style="width: 55%; border: none;"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> à faire..... <input type="checkbox"/> faite Résultats éventuels.....	
<input type="checkbox"/> à faire..... <input type="checkbox"/> faite Résultats éventuels.....			
<p><b>Génétique :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> .....         </td> <td style="width: 55%; border: none;"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> .....	
<input type="checkbox"/> .....			
<p><b>Demande particulière :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> .....         </td> <td style="width: 55%; border: none;"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> .....	
<input type="checkbox"/> .....			