

* **renseignements obligatoires** (à défaut, le dossier fera l'objet d'une **non-conformité**)

Patient Matricule#, sexe* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Nom* (Nom de naissance) _____ Nom d'époux _____ Prénom* _____ Date de naissance _____ N° et rue* _____ CP, Localité* _____	Médecin prescripteur Nom, prénom* _____ Code médecin* _____ Adresse e-mail* _____ N° téléphone* _____ Établissement de santé _____ Signature* _____
---	--



*matricule = CNS uniquement ; ajouter ici les autres numéros d'assurance sociale

Copies pour (nom*, prénom*, code médecin) : _____

Conditionnement		
Frottis moelle* (non fixé) <input type="checkbox"/>	Biopsie* (fixé au formol) <input type="checkbox"/>	Nombre d'échantillons* : _____
Date du prélèvement* : / /	Heure du prélèvement* : h / min	

Information de laboratoire* : attention particulière aux paramètres modifiés 1. Résultat laboratoire (ou copie en pièce jointe) : Hémoglobine (Hb) : Numération plaquettaire : Numération des globules blancs (GB) : Nombre absolu de neutrophiles : Numération absolue des monocytes : Volume Corpusculaire Moyen (MCV) : Hémoglobine corpusculaire moyenne (HMC) : Hématocrite : Taux de lactate déshydrogénase (LDH) : Taux de bêta-2 microglobuline : 2. Résultat du frottis sanguin périphérique (si disponible) : 3. Autres résultats d'analyses de laboratoire (électrophorèse, cytométrie, microbiologie, cytogénétique, etc.) :	Renseignements cliniques* : 1. Diagnostic hématologique : Diagnostic antérieur : Indication de la procédure actuelle (par exemple, progression, rechute, rémission, stadification BM) : Antécédents de chimiothérapie : Antécédents de transplantation de moelle osseuse : Autres traitements (préciser) : 2. Toute autre information pertinente : (Antécédents de voyage, risques d'exposition, autres) 3. Présentation clinique : Symptômes B : Lymphadénopathie : Hépatosplénomégalie : Autres :
---	--

Renseignements cliniques et hypothèse(s) diagnostique(s) clinique(s)*

Réservé au service d'anatomie pathologique			
DaVinci  Paraphe et date : _____	Étape de traitement Vérification technique (Paraphe et date): Coupe (paraphe):	Non-conformité Pré-analytique <input type="checkbox"/> Analytique <input type="checkbox"/> Post-analytique <input type="checkbox"/> NC résolu <input type="checkbox"/>	GLIMS  Paraphe et date : _____