**Bon de demande d’Immunophénotypage**

**à joindre OBLIGATOIREMENT avec le bon de commande**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Expéditeur******Service prescripteur :******Médecin prescripteur :******Tél : Fax :*** ***Mail :*** | ***Patients******Nom :******Prénom :******Date de naissance :******Sexe :*** |
| **Personne à contacter pour communiquer les résultats en urgence *(si différente du prescripteur)***.***NOM : Prénom :******Tél : Fax : Mail :*** |

**Examens demandés***(cocher la case nécessaire):*

* □ Sous-populations lymphocytaires T, B et NK **(code CHV: TBNK)**
* □ Suivi des lymphocytes B CD19+ (patient sous anti CD20) **(code CHV: TBNK)**

 **Recherche d’hémopathies :**

* □ Sous-populations lymphocytaires T, B et NK et analyse de la monotypie kappa/lambda **(code CHV: LYOT)**
* □ Typage suspicion d’hémopathie lymphoïde B (LLC…) **(code CHV: BLLC)**
* □ Typage suspicion d’hémopathie lymphoïde T (LGL, hyperéosinophilie, LNH T…) **(code CHV: LYMPHT)**
* □ Typage des monocytes circulants (suspicion LMMC, sur sang uniquement) **(code CHV: BMONO)**
* □ Typage de leucémie aigüe **(code CHV: BLA)**

**Prélèvement : Date et heure du prélèvement :**

□ Sang (1 tube EDTA) □ Moelle (1 tube EDTA) □ LCR (Envoi obligatoire dans un tube Transfix)

□ Ganglion (dans PBS ou RPMI/SVF fourni par le laboratoire de cytogénétique du CHV)

□ Autre liquide de ponction, à préciser : …………………………..

**Transport :** Température ambiante. Délai maximum d’acheminement au laboratoire du CHV : 24h

 Dépôt au CHV impératif avant 13h le vendredi ou veille de jour férié

**Renseignements médicaux** motivant la demande de l’examen et le degré d’urgence OBLIGATOIRES

□ Diagnostic d’hémopathie □ Suivi □ suivi traitement anti CD20

**Contexte clinique :** …………………………………………………………….....

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..