



**REQUÊTE D'ANALYSES DE LABORATOIRE CENTRAL
CYTOMÉTRIE DE FLUX / FLOW CYTOMETRY**

PRESCRIPTEUR / PRESCRIBER			
*Nom & prénom / Last & First name: *N° permis / Licence: *Clinique, bureau / Clinic, office: *Adresse pour le retour des résultats / Address for return of results: *No. téléphone: *Signature: _____ Date: ____/____/____	*Nom / last name: *Prénom / first name: *No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ: Adresse / Address: *Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JD) *Sexe / Gender: * Renseignements obligatoires / Mandatory information *Date et heure de prélèvement / Date and time of collection ____/____/____ Heure / Time: _____ Prélevé par / collected by: _____		
DEMANDE DE TEST SELON LE DIAGNOSTIQUE (SUSPECTÉ) TEST REQUEST AS DIRECTED BY DIAGNOSIS (SUSPECTED)			
TYPE D'ÉCHANTILLON / SPECIMENT TYPE			
<input type="checkbox"/> Sang Périphérique / Peripheral Blood <input type="checkbox"/> LCR / CSF <input type="checkbox"/> Moëlle osseuse / Bone marrow <input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire (LBA) / Bronchoalveolar lavage (BAL) <input type="checkbox"/> Ganglion lymphatique / Lymph node <input type="checkbox"/> Aspiration à l'aiguille fine (AAF) / Fine needle aspiration (FNA) <input type="checkbox"/> Liquide / Fluid (type): _____			
DIAGNOSTIC / DIAGNOSIS: <input type="checkbox"/> Connu/known <input type="checkbox"/> Suspecté/Suspected <input type="checkbox"/> Inconnu/Unknown <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> LAM / AML <input type="checkbox"/> SMD / MDS Lymphocytose, Leucémie Chronique / Chronic Lymphocytic Leukemia <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Autre/Other: _____ <input type="checkbox"/> B-LLA / B-ALL <input type="checkbox"/> T-LLA / T-ALL Lymphome/Lymphoma <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Autre/Other: _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Pancytopénie / Pancytopenia <input type="checkbox"/> Anémie / Anemia <input type="checkbox"/> Myélome multiple / Multiple myeloma <input type="checkbox"/> MPN, LMC / MPN, CML <input type="checkbox"/> Monocytose / Monocytosis <input type="checkbox"/> Mastocytose / Mastocytosis <input type="checkbox"/> Éosinophilie / Eosinophilia <input type="checkbox"/> Anémie aplasique / Aplastic Anemia <input type="checkbox"/> Autre (Spécifier) / Other (Specify): _____ </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> LAM / AML <input type="checkbox"/> SMD / MDS Lymphocytose, Leucémie Chronique / Chronic Lymphocytic Leukemia <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Autre/Other: _____ <input type="checkbox"/> B-LLA / B-ALL <input type="checkbox"/> T-LLA / T-ALL Lymphome/Lymphoma <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Autre/Other: _____	<input type="checkbox"/> Pancytopénie / Pancytopenia <input type="checkbox"/> Anémie / Anemia <input type="checkbox"/> Myélome multiple / Multiple myeloma <input type="checkbox"/> MPN, LMC / MPN, CML <input type="checkbox"/> Monocytose / Monocytosis <input type="checkbox"/> Mastocytose / Mastocytosis <input type="checkbox"/> Éosinophilie / Eosinophilia <input type="checkbox"/> Anémie aplasique / Aplastic Anemia <input type="checkbox"/> Autre (Spécifier) / Other (Specify): _____
<input type="checkbox"/> LAM / AML <input type="checkbox"/> SMD / MDS Lymphocytose, Leucémie Chronique / Chronic Lymphocytic Leukemia <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Autre/Other: _____ <input type="checkbox"/> B-LLA / B-ALL <input type="checkbox"/> T-LLA / T-ALL Lymphome/Lymphoma <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Autre/Other: _____	<input type="checkbox"/> Pancytopénie / Pancytopenia <input type="checkbox"/> Anémie / Anemia <input type="checkbox"/> Myélome multiple / Multiple myeloma <input type="checkbox"/> MPN, LMC / MPN, CML <input type="checkbox"/> Monocytose / Monocytosis <input type="checkbox"/> Mastocytose / Mastocytosis <input type="checkbox"/> Éosinophilie / Eosinophilia <input type="checkbox"/> Anémie aplasique / Aplastic Anemia <input type="checkbox"/> Autre (Spécifier) / Other (Specify): _____		
TEST À COMMANDER SELON LE TYPE DE SPÉCIMEN ORDERABLE TESTS BY SPECIMEN TYPE			
TYPE D'ÉCHANTILLON / SPECIMENT TYPE			
<input type="checkbox"/> Sang Périphérique / Peripheral Blood <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) / Other (specify) <input type="checkbox"/> Cellule Souche / Stem Cells			
Tests / Tests <input type="checkbox"/> CD25 Saturation <input type="checkbox"/> CD19/CD20 (Rituximab thérapie / Rituximab therapy) <input type="checkbox"/> PNHC / PNH (Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria) <input type="checkbox"/> LAM / Adhesion <input type="checkbox"/> Hb Fetal quantitation / Fetomaternal quantitation	Nombre absolu / Absolute count <input type="checkbox"/> CD4/CD8 (T-Cell enumeration) <input type="checkbox"/> CD4/CD8/CD19/CD56 (T/B/NK enumeration) <input type="checkbox"/> CD34 Absolu / CD34 Absolute <input type="checkbox"/> Autre / Other: _____		

AUTRE INFORMATION / OTHER INFORMATION: _____