



## Bon de demande de myélogramme

MUL-CYT-TRA003 v01  
Version : 1  
Applicable le : 07-10-2022



### IDENTITÉ DU PATIENT

Nom naissance/usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom marital : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexe :  F  M

Centre demandeur : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Médecin prescripteur : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Étiquette patient

### RECOMMANDATIONS :

- Toute demande de myélogramme doit être associée à une demande de numération formule +/- réticulocytes de moins de 48h
- Faire 5 étalements minimum à identifier impérativement au crayon à papier (nom, prénom du patient) : Lame Superfrost LR45SF05 ou Sysmex ZE001906
- Joindre 1 tube hépariné sans séparateur (cytogénétique)
- Joindre 1 à 2 tubes EDTA de Moelle (1 pour la cytométrie et 1 pour la biologie moléculaire)

### PRÉLÈVEMENT

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_ h \_\_\_\_

Nom de l'opérateur : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Site de ponction :  Sternal  Iliaque  Tibial  Prélèvement réalisé dans le cadre d'une BOM

Irradiation thoracique :  Oui  Non

Problèmes éventuels rencontrés lors du prélèvement :

### RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Motif détaillé de la demande et contexte clinico-biologique :