

## DEMANDE D'ANALYSE D'EXAMEN DANS LE CADRE D'UNE SUSPICION DE LYMPHOME

### IDENTIFICATION PATIENT

(étiquette ou remplir tous les champs)

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Sexe :  Féminin  Masculin  
Adresse : .....  
.....  
NISS : .....  
Code Mutuelle : .....

*ETIQUETTE B-DOC*

### MEDECIN PRESCRIPTEUR

(cachet + signature)

### MEDECIN(S) A INFORMER

### PRELEVEMENT(S) (remplir tous les champs)

Date : .....

Heure : .....

URGENT

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Pathologie suspectée :

Antécédents carcinologiques (et autres) :

### PRELEVEMENTS réalisés :

- |   |           |
|---|-----------|
| - Prélèvement pour l'Anatomie pathologique → pot formol | OUI – NON |
| - Prélèvement pour la Cytogénétique → tube RPMI         | OUI – NON |
| - Prélèvement pour la Biologie Moléculaire → tube RPMI  | OUI – NON |
| - Prélèvement pour la Cytométrie en flux → tube RPM     | OUI – NON |

### CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN : .....

Nombre de prélèvements : .....

---

Détail des prélèvements réalisés

| N° | Date | Site | Volume | Observations |
|----|------|------|--------|--------------|
|----|------|------|--------|--------------|