

Myélogramme

Fiche de renseignements cliniques

Nom : Prénom : DDN : <i>(Coller étiquette)</i>	Service : Prescripteur : Tel : Date de la demande :
--	--

Patient suivi en hématologie Hémopathie : Diagnostic ☐ Rémission ☐ Rechute ☐ Suivi ☐ Type et date de la dernière cure : Motif de la demande (si besoin) :	Patient <u>non</u> suivi en hématologie Motif de la demande : Antécédents pertinents : Traitements en cours : Données clinico-biologiques significatives :
Faisabilité du geste	
Sternotomie : oui ☐ non ☐ (si oui, prélèvement sternal déconseillé) Irradiation thoracique : oui ☐ non ☐ (si oui, prélèvement sternal déconseillé) Thrombopénie < 50 G/L : oui ☐ non ☐ (Si oui, prélèvement iliaque déconseillé) Anticoagulant à dose curative : oui ☐ non ☐	
Merci de prescrire une NFS le jour du prélèvement.	

Myélogramme réalisé le :	Par :
Localisation :	
Difficulté d'aspiration : oui ☐ non ☐	Dureté de l'os : dur ☐ mou ☐ normal ☐

Pour une demande de prélèvement par le laboratoire, appeler l'interne du Laboratoire d'Hématologie (29759)

Ce document, scanné dans chaque dossier patient, est visible dans le SIL sans limitation de durée.