Formulaire N° 103 CHUV-IPA — DEMANDE D'EXAMEN D'HEMATOPATHOLOGIE

Centre hospitalier universitaire vaudois

Service de pathologie clinique
Rue du Bugnon 25 1011 Lausanne
http://www.chuv.ch/pathologie

Réception pathologie chirurgicale
Tél : 021 314 71 90
Fax : 021 314 71 15
Pneumatique: 620
Email : iup.reception@chuv.ch
Lundi – Vendredi : 07h30-17h00

Patient

Nom: ……

Prénom:……

Sexe: ……

Date de naissance: … /… / ……

Adresse complète:

……

N° postal/Localité:

……

V/réf: ……

Facture:

❑Patient (ambulatoire) ❑Demandeur (hospitalisé)

Caisse maladie: ……

Etiquette code barres pour le CHUV

Date et heure de prélèvement indispensables

Jour / Mois / Année: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Heure / Minutes ☐☐ : ☐☐

Signature (si bon papier):

DEMANDEUR:

Nom du médecin:……

Adresse:……

Bip/Tél:……

COPIE(S) à (adresse exacte et complète):

1: ……

2: ……

3: ……

Etiquette déviation

Ou

Etiquette de projet

Diagnostic et renseignements cliniques, traitement reçu et/ou actuel :

Matériel transmis

❑ Frais*

❑ Formol Tamponné 4%*

❑ FAZ* (Moelle osseuse)

❑ NaCl

❑ Autre:……

❑ **Extemporané**

Tél : ……

Salle :……

Date/heure de réception

Visa collaborateur

Matériel à examiner :

❑ moelle osseuse

site de biopsie :

- ❑ crête iliaque droite
- ❑ crête iliaque gauche
- ❑ autre : gfgf……

❑ ganglion lymphatique

❑ Autre …… …… ……
…… …… ……
…… …… ……
…… …… ……

Splénomégalie ? ❑ Oui / ❑ Non

Adénopathie ? ❑ Oui / ❑ Non

Laboratoire

Leucocytes ……

Hémoglobine ……

MCV ……

Thrombocytes ……

Répartition leucocytaire:

- Neutro bât ……%
- Neutro seg ……%
- Lympho ……%
- Mono ……%
- Eosino ……%
- Baso ……%
- Blastes ……%

Réticulocytes ……G/l

Ferritine ……

***Attention:** Stocker les pièces en formol et FAZ à température ambiante et acheminer les pièces fraiches au plus vite

Zone réservée à la pathologie