Annexe 3 : bordereau de traçabilité des prélèvements au laboratoire d'Adriana PLESA

Lymphomes lymphoblastiques T

Prélèvement pour MDD (Minimal Disseminated Disease)

Prélèvement sang et/ou moelle de :

☐ **JO** ☐ **J 8** ☐ **J 33**

Date du prélèvement : |__|__|__|__|__|__|__|__| **Heure : |__|__| h |__|__| mn**

Monogramme : ..... Date de Naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|
(3 premières lettres du nom, 2 premières du prénom)

N° d'enregistrement : ..... Sexe : ☐ **M** ☐ **F**
(si connu)

BON D'ACCOMPAGNEMENT DE PRELEVEMENTS SANGUINS

A remplir par le service expéditeur		*A remplir par le laboratoire*				
Hôpital : Ville : Médecin référent (Nom, Tel, e-mail) :		***Dr Adriana PLESA-Lymphomes lymphoblastiques*** Unité d'Hématologie Cellulaire - Immunophénotypage des hémopathies Service d'Hématologie Biologique - Bâtiment 3D Groupement Hospitalier Lyon Sud 165, Chemin du Grand Revoyet 69495 Pierre - Bénite Cedex, France Tel: + (33) 478 862 979 email: adriana.plesa@chu-lyon.fr Secrétariat :+(33)478 861 176				
EXPEDITEUR		**RECEPTION**				
					Etat du Prélèvement	
Tubes :	**Nombre de tubes**	**Date**		**Heure**	**Satisfaisant**	
					OUI	**NON***
EDTA violet Sang		/ /				
EDTA violet Moelle		/ /				
Responsable de l'envoi Nom et Signature :		Responsable de la réception Nom et Signature :				
A faxer au laboratoire de A. Plesa :		A faxer au Pr Bertrand :				
Fax : 04 78 863 340		**Fax : 04 69 166 593**				

*Si non satisfaisant, commentaires : .....
.....
.....

Ces prélèvements sont à envoyer par votre circuit hospitalier habituel

Version du 11/09/2013