

	<b>PRESCRIPTION D'EXAMENS DE BIOLOGIE EFFECTUES AU CENTRE DE THERAPIE CELLULAIRE</b>	<b>Création :</b> 21/09/2012 <b>Diffusion :</b> 01/10/2019
	SVC-GREF-PRE.FOR-12-0054	Pages : 3 /4 Version : V 7.0

Examens effectués sur 1 tube EDTA (violet) à envoyer à température ambiante (si transport <4h) au Centre de Thérapie Cellulaire, Institut Paoli Calmettes, 232 Bld Ste Marguerite, 13009 Marseille.

**Examen :**

- Numération des cellules CD34+ :  
*motif :  suivi de mobilisation pré cytophèrese       diagnostic différentiel de SMP*
- Numération des cellules CD3+, CD4+, CD8, CD19+, CD16/56+ et/ou CD14+.
- Numération des Cellules Nucléées Totales :  
*motif :  numération intermédiaire PMO       autre : .....*
- Numération des CFU-GM (diagnostic différentiel de SMP).
- autre : .....

**Patient :**

Nom :	
Nom d'épouse :	
Prénom :	
Date de naissance:	
n° IPP:	
(ou étiquette patient)	

Commentaires :  
 .....  
 .....  
 .....

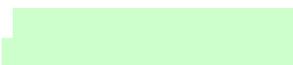
**Prélèvement :**

Type d'échantillon :  sang     autre :.....  
 Date et heure du prélèvement : le :..... / ..... / 20.....      à ..... h .....

**Prescripteur :**

Nom:  
 C. Chabannon     A. Granata     autre : .....

Etablissement:	Service :	Adresse :
<input type="checkbox"/> IPC	<input type="checkbox"/> HDJ médical	232 Bd Ste Marguerite 13009 Marseille
<input type="checkbox"/> autre : .....	<input type="checkbox"/> autre : .....	

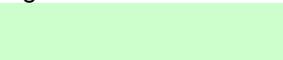
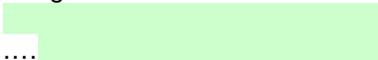
Signature: 

**Prise en charge des tubes par le coursier :**

Date et heure de prise en charge : le : ...../...../ 20.....      à .....h..... .

**Réception au CTC :**

Date et heure de réception au CTC : le : ...../...../ 20.....      à .....h.....

Signature coursier :       Signature technicien CTC : 

	<b>PRESCRIPTION D'EXAMENS DE BIOLOGIE EFFECTUES AU CENTRE DE THERAPIE CELLULAIRE</b>	<b>Création :</b> 21/09/2012 <b>Diffusion :</b> 01/10/2019
	SVC-GREF-PRE.FOR-12-0054	Pages : 4 /4 Version : V 7.0

**Département  
de Biologie du Cancer**  
Pr Jean-Paul Borg

RÉCEPTIONCENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16

**Centre de Thérapie Cellulaire  
Pr C. Chabannon**  
Dr C. Lemarié

SECRETARIAT : 04 91 22 34 41 / Fax : 04 91 22 36 59

Ne pas remplir  
(Réservé au  
laboratoire)  
  
Numéro  
d'enregistrement

## ENGAGEMENT DE PAIEMENT

### Renseignements Patient

Nom de naissance :  
 Nom usuel :  
 Prénom :  
 Date de naissance :  
 Sexe :                      IPP :



EN L'ABSENCE D'UN BON DE PRISE EN  
CHARGE RENSEIGNÉ, LA PRESCRIPTION NE SERA PAS  
TRAITEÉ ET LES EXAMENS NE SERONT PAS REALISES.

### DESTINATAIRE DU COMPTE-RENDU DE RESULTATS

Nom :    Prénom :  
 Etablissement :  
 Adresse :  
  
 Tel :    Fax :

### ETABLISSEMENT A FACTURER

Nom :  
 Adresse :  
  
 Tel :    Fax :  
 Cachet :

Date de réception :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	oui	non
		Motif :		