

	PRESCRIPTION D'EXAMENS DE BIOLOGIE EFFECTUES AU CENTRE DE THERAPIE CELLULAIRE	Création : 21/09/2012 Diffusion : 19/05/2021
	SVC-GREF-PRE.FOR-12-0054	Pages : 3 /4 Version : V 8.0

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).
- Numération des CAR-T cells : type (anti CD19...) :
- autre :

Patient :

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

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

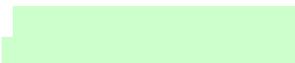
Prélèvement :

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 :	

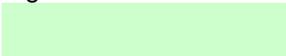
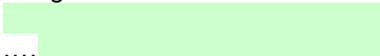
Signature: 

Prise en charge des tubes par le coursier :

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

Réception au CTC :

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

Signature coursier :  Signature technicien CTC : 

	PRESCRIPTION D'EXAMENS DE BIOLOGIE EFFECTUES AU CENTRE DE THERAPIE CELLULAIRE	Création : 21/09/2012 Diffusion : 19/05/2021
	SVC-GREF-PRE.FOR-12-0054	Pages : 4 /4 Version : V 8.0

**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 :		