	PRESCRIPTION D'EXAMENS DE BIOLOGIE EFFECTUES AU CENTRE DE THERAPIE CELLULAIRE	Création : 21/09/2012 Diffusion : 19/01/2024
	SVC-GREF-PRE.FOR-12-0054	Pages : 3 /4 Version : V 12.0

Examens effectués sur 1 tube EDTA (violet) à envoyer à température ambiante (si transport < 20h) au Centre de Thérapie Cellulaire, Institut Paoli Calmettes, 232 Bld Ste Marguerite, 13009 Marseille.

Examen :

<input type="checkbox"/> Numération des cellules CD34+ :	motif:	<input type="radio"/> suivi de mobilisation pré cytapphérèse	<input type="radio"/> diagnostic différentiel de SMP
<input type="checkbox"/> Numération des Cellules Nucléées Totales	motif:	<input type="radio"/> num intermédiaire PMO	<input type="radio"/> autre :
<input checked="" type="checkbox"/> Numération CD45+, CD3+, CD4+, CD8		<input checked="" type="checkbox"/> Numération CD45+, CD3+, CD19+, CD16/56+	
<input type="checkbox"/> Numération des CAR-T cells	motif:	<input type="radio"/> CAR-T anti CD19	<input type="radio"/> CAR-T anti BCMA

Patient :

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

Commentaires :

.....

Prélèvement :

Type d'échantillon : sang autre :

Date et heure du prélèvement : le : / / 20..... à h

Préleveur : Nom Prénom Fonction n°RPPS :

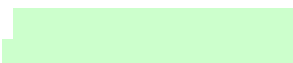
Prescripteur :

Nom:

Etablissement: IPC HDJ médical autre :

Service : HDJ médical autre :

Adresse : 232 Bd Ste Marguerite 13009 Marseille

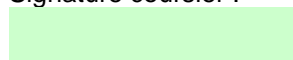
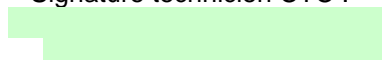
Signature: 


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 : 

	PRESCRIPTION D'EXAMENS DE BIOLOGIE EFFECTUES AU CENTRE DE THERAPIE CELLULAIRE	Création : 21/09/2012 Diffusion : 19/01/2024
	SVC-GREF-PRE.FOR-12-0054	Pages : 4 /4 Version : V 12.0

**Département
de Biologie du Cancer**
Pr Hagay Sobol

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

Centre de Thérapie Cellulaire
Pr Christian Chabannon
Dr Claude 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 *(prescripteurs hors IPC)*

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 TRAITÉE 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 :		