Service d'Hématologie Biologique – Pr L. Da Costa

ETUDE DES GLOBULES ROUGES

Dr Véronique Picard - Pr Lydie Da Costa,
Secrétariat 01 45 21 35 93 / 20 16

Identité Echantillon	Préleveur	Médecin prescripteur		Destinataire
	Nom : **Qualité :** **Date et Heure :**			**Laboratoire d'Hématologie** **Niveau 3, secteur Broca** **75, Rue du Général Leclerc** **CHU Bicêtre** **94275 Le Kremlin Bicêtre Cedex** **Maintien à 2-8°C impératif**

Rendez-vous obligatoire auprès du 01 45 21 35 97 (laboratoire) ou 01 45 21 35 94 (secrétariat), Dr Véronique PICARD 01 45 21 35 93, Pr Lydie DA COSTA 01 45 21 20 06
Mails : **laboratoire.globule.rouge.bct@aphp.fr**

- ☐ **Ektacytométrie**
- ☐ **Test EMA (cytométrie en flux)**
- ☐ **Electrophorèse de l'Hémoglobine**
- ☐ **Génétique des membranopathies érythrocytaires**
  (consentement indispensable)
  Merci de remplir la feuille de demande spécifique « Génétique »
- ☐ **Electrophorèse des protéines de la membrane érythrocytaire**
  (consentement indispensable)

RENSEIGNEMENTS CLINICO-BIOLOGIQUES **Joindre ou faire suivre un compte-rendu clinique :** fax 01 45 21 28 47 ou par emails : **laboratoire.globule.rouge.bct@aphp.fr**

Coombs érythrocytaire : ☐ **Positif** ☐ **Négatif** ☐ **non fait**

Renseignements cliniques autres :

Hémolyse : OUI / NON **Splénomégalie :** OUI / NON

Ictère : OUI / NON **Transfusion :** OUI / NON si oui, date

Dosage G6PD/PK : OUI / NON **Electrophorèse de l'hémoglobine :** OUI / NON

Carence martiale : OUI / NON **Syndrome inflammatoire :** OUI / NON

ATCD familiaux (si oui, préciser et joindre un arbre généalogique) **:**… ……

Veuillez nous adresser

- ☐ **un bon de commande (si hors AP),**
- ☐ **une copie du CR de consultation ou d'hospitalisation**
  (fax 01 45 21 28 47 ou laboratoire.globule.rouge.bct@aphp.fr)
- ☐ **un frottis sanguin du jour non coloré**
- ☐ **un consentement éclairé (ci joint) si necessaire**

LES PRELEVEMENTS DOIVENT IMPERATIVEMENT ARRIVER à 2-8°C EN MOINS DE 24 HEURES.

- ☐ **ils sont réceptionnés du lundi au jeudi**
- ☐ **Prélever 2 tube EDTA (bouchon violet), pour les nourissons : 1 ml minimum.**
- ☐ **Pas de transfusion dans les 3 mois précédents**

Réservé au laboratoire destinataire

Nombre de tubes
Pédiatrique ☐ *Adulte* ☐

Température
Froid ☐ ***Temp ambiante*** ☐

Non-conformité autre
Oui ☐ ***Non*** ☐

Préciser :