

## DEMANDE DE MYÉLOGRAMME

*Etiquette  
patient*

*Etiquette labo  
TD Nexlabs*

### **PRÉLÈVEMENT(S)**

Date de prélèvement : ..... Nom de l'opérateur : ..... Tél : .....

Site de ponction :           sternal                    iliaque

Irradiation thoracique :    oui                    non

Problèmes éventuels lors du prélèvement : .....

.....

### **RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES**

Contexte clinico-biologique et motif de la demande :

.....  
.....  
.....  
.....

État Général : .....

Fièvre : ..... Hépatomégalie : .....

Splénomégalie : ..... Adénopathies : .....

Hémorragies : ..... Purpura : .....

Manifestations osseuses et radiologiques : .....

.....

Des nouveaux médicaments ont-ils été introduits au cours du dernier mois ? Si oui, détaillez :

.....  
.....  
.....

### **RECOMMANDATION**

Associer un résultat de Numération Formule  $\pm$  réticulocytes de moins de 48H ou 1 tube EDTA du jour.