



Quint Croix du Sud
54 chemin de
RIBAUTE
31130 QUINT
FONSEGRIVES

Hématologie cellulaire : Bon de
demande - Myélogramme

Ref : en-AA-C/071v01

Version : 01



Numéro du secrétariat : 05.61.34.72.60

Manuel de prélèvement : <https://inoviecbm.manuelprelevement.fr/default.aspx>

Etiquette patient

NOM :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Centre prescripteur :

Médecin prescripteur

Tél :

PRELEVEMENT

Date : Heure : Nom de l'opérateur : Téléphone :

Site de ponction : ☐ Sternal ☐ Iliaque

Antécédent d'irradiation thoracique ou de sternotomie : ☐ OUI ☐ NON

Problèmes éventuels rencontrés lors du prélèvement :

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

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Motif détaillé de la demande et contexte clinico-biologique :

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

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

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