	PRESCRIPTION D'EXAMENS DE BIOLOGIE EFFECTUES AU CENTRE DE THERAPIE CELLULAIRE	Création : 21/09/2012 Diffusion : 10/03/2025
	SVC-GREF-PRE.FOR-12-0054	Pages : 3 /4 Version : V 13.0

Echantillon à envoyer à température ambiante au Centre de Thérapie Cellulaire, Institut Paoli Calmettes, 232 Bld Ste Marguerite, 13009 Marseille.

Examen :

	Tube	Détails		Délai max acheminement
<input type="checkbox"/> Numération des cellules CD34+	1 EDTA	<input type="radio"/> suivi de mobilisation pré cytophérèse	<input type="radio"/> diagnostic différentiel de SMP	12h (12 à 24h : résultat rendu si viabilité correcte)
<input type="checkbox"/> Num. des Cellules Nucléées Totales	1 EDTA	<input type="radio"/> num intermédiaire PMO	<input type="radio"/> autre :	
<input type="checkbox"/> Numération CD3, 4, 8, 19, 16/56+	1 EDTA			
<input type="checkbox"/> Numération des CAR-T cells	1 EDTA	<input type="radio"/> anti CD19	<input type="radio"/> anti BCMA	
<input type="checkbox"/> Dosage de facteur soluble (cytokine, ...)	1 Sec avec gel (jaune)	<input type="radio"/> facteur(s) à doser :	<input type="radio"/> urgent <input type="radio"/> non urgent	12h (si > centrifuger le tube et l'adresser congelé)

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 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 : 10/03/2025
	SVC-GREF-PRE.FOR-12-0054	Pages : 4 /4 Version : V 13.0

**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
Dr Clémence Demerlé

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
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 :		