

## BILAN PREALABLE A LA PREMIERE SEANCE DE CYTAPHERESE DE CELLULES HEMATOPOIETIQUES AUTOLOGUES (\*)

PATIENT(E) :

date de naissance :

Service :

DATE THEORIQUE DE LA 1<sup>ère</sup> CYTAPHERESE :

### DONNEES CLINIQUES

➤ **Le patient a-t-il :**

- un syndrome oedemateux	NON	OUI (préciser) .....
- une HTA	NON	OUI (préciser) .....
- une cardiopathie	NON	OUI (préciser).....
- une insuffisance rénale sévère	NON	OUI (préciser) .....
- une hépatopathie sévère	NON	OUI (préciser) .....

➤ **Le patient reçoit-il :**

- un anticoagulant / antiagrégant	NON	OUI (préciser) .....
- un anti-hypertenseur	NON	OUI (préciser) .....
- un anti-arythmique	NON	OUI (préciser) .....
- un digitalique ou apparenté	NON	OUI (préciser) .....
- un traitement par insuline	NON	OUI (préciser) .....

**MERCI DE NOUS ADRESSER LA PHOTOCOPIE DES RESULTATS DES EXAMENS SUIVANTS** (ou de **PRESCRIRE** ces examens au patient en indiquant **notre n° de fax** pour que le laboratoire de ville ou le cardiologue nous en adresse directement les résultats)

- ◆ **ECG < 28 jours** par rapport à la date théorique de la 1<sup>ère</sup> cytapphèrese
- ◆ **GROUPE SANGUIN : faxer le double de la carte** +++
- ◆ **SEROLOGIES VIRALES < 28 jours** par rapport à la date théorique de la 1<sup>ère</sup> cytapphèrese
  - virus B (Ag HBs – Ac anti-HBs – Ac anti-HBc)
  - virus C
  - VIH et HTLV1
  - syphilis
- ◆ **BILAN BIOLOGIQUE < 28 jours** par rapport à la date théorique de la 1<sup>ère</sup> cytapphèrese
  - iono sang – urée – créatininémie
  - albuminémie (ou protidémie et électrophorèse des protides)
  - calcémie
  - bilan hépatique
  - TP – TCA – fibrinogène

DATE : .....

NOM en clair et SIGNATURE du médecin responsable :

(\*) à transmettre par télécopie à l'HDJ Aphérèse Thérapeutique **EN MEME TEMPS** que la DEMANDE de COLLECTION +++