

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

PATIENT(E) :

date de naissance :

Service :

DATE THEORIQUE DE LA 1^{ère} 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^{ère} cytaphérèse
- ◆ **GROUPE SANGUIN : faxer le double de la carte** +++
- ◆ **SEROLOGIES VIRALES < 28 jours** par rapport à la date théorique de la 1^{ère} cytaphérèse
 - 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^{ère} cytaphérèse
 - 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 +++