

DEMANDE DE RENDEZ-VOUS (*)

COLLECTION de CELLULES HEMATOPOIETIQUES par CYTAPHERESE pour un usage AUTOLOGUE

Nom du patient : **sexe :** **Service :**
prénom : **poids :** **Hopital :**
né(e) le :
adresse : **Médecin Senior responsable :**
 **téléphone :**
téléphone du patient : **télécopie :**

Diagnostic : **Maladies associées :** (HTA, Insuff. rénale, ...)

Antécédents hémorragiques graves : NON OUI, préciser :

Abord veineux : pli du coude gauche pli du coude droit
 BON MOYEN MAUVAIS BON MOYEN MAUVAIS

Date prévisible de la première séance de cytapphérèse :

Chimiothérapie pré-cytaphérèse : NON **Facteur(s) de croissance granulopoïétique :** NON
 OUI, préciser type et dose(s) par m2/jour : OUI, préciser : - type :
 - marque :
 - dose réelle en micg/jour :
date J1 : **date J1 :**

Erythropoïétine : NON OUI, type et dose

Le prélèvement de cellules hématopoïétiques est-il demandé dans le cadre d'un **protocole** ? :

NON OUI, préciser le **nom** du protocole :

Combien de "greffes" avez-vous l'intention de réaliser à partir de ce prélèvement de cellules hématopoïétiques ? :
 1 2 **plus de 2**, préciser et justifier :

Congélation du prélèvement : OUI NON, justifier :
Sélection CD34 ou **purge ex vivo** préalable ? : NON OUI, préciser :

Date de la demande : **Nom en clair et signature**
 **du médecin prescripteur :**

(*) **fiche** à remplir par le médecin prescripteur et à adresser par télécopie à l'**HDJ Aphérèse Thérapeutique** de l'Hôpital St-Louis (cf en-tête) avec le **BILAN PRE-CYTAPHÉSE** +++