




HIA Clermont-Tonnerre Brest Laboratoire de Biologie Médicale 	<b>Support d'enregistrement</b>	Code : PRA-SE-EKTACYTO Version n°04
	<b>Fiche(s) de renseignements associée(s) au Guide des Analyses du Laboratoire : Ektacytométrie</b>	Date d'application : 08/02/2018
		Page : 1 / 3

VERSION	COMMENTAIRE	DATE
01	Mise en application	10/10/2014
02	Aucune modification	22/12/2015
03	Aucune modification	18/01/2017
04	Changement dans la forme du formulaire + Frottis à joindre en plus du prélèvement	08/02/2018

Rédaction	Vérification	Approbation	Validation
Date : 07/02/2018 Fonction : Responsable Qualité Visa électronique : BERNA Anaïs	Date : 07/02/2018 Fonction : Responsable des Systèmes d'Informations Visa électronique : LEFEBVRE Franck	Date : 07/02/2018 Fonction : Biologiste Responsable Visa électronique : VAILLANT Catherine	Date : 08/02/2018 Fonction : Responsable Documentaire Visa électronique : THIBAUT Fabien

	<b>RD-HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE</b>	<b>Diagnostic de sphérocytose ou d'elliptocytose héréditaire ou autres pathologies de la membrane érythrocytaire Fiche de renseignements cliniques à joindre au prélèvement</b>	Ref : RD-HE-BMHEM-DE-035
			Version : 01 Applicable le : 13-12-2016
			

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Date de naissance :**   /   /     **Sexe :** F :  M :

**Histoire familiale :**

- **ATCD connu de sphérocytose héréditaire dans la famille :** NON :  OUI :   
*Si OUI : dessiner l'arbre généalogique*

- **ATCD connu d'elliptocytose héréditaire dans la famille :** NON :  OUI :   
*Si OUI : dessiner l'arbre généalogique*

- **ATCD connu d'une autre pathologie héréditaire du globule rouge dans la famille :**  
 NON :  OUI :   
*Si OUI : Laquelle et dessiner l'arbre généalogique*

- **ATCD familial de cholécystectomie :** NON :  OUI :   
*Si OUI : dessiner l'arbre généalogique :*

- **ATCD familial de splénectomie :** NON :  OUI :   
*Si OUI : dessiner l'arbre généalogique :*

- **Arbre généalogique :**

**ATCD & Histoire de la maladie :**

Terme de naissance :  SA ; non précisé mais à terme :   
 Mensurations à la naissance : Poids :     g Taille :   cm

**NFS/reticulocytes/Frottis :** **Date de la NFS :**   /   /

Taux d'Hb :   ,  g/dL compte des réticulocytes :     x10<sup>9</sup>/L  
 CCMH :   ,  g/dL TCMH :   ,  pg/cell VGM :    ,  fl

Aspect du frottis sanguin si connu \* : Présence de sphérocytes : NON :  OUI :   
 Présence d'elliptocytes : NON :  OUI :   
 Présence de stomatocytes : NON :  OUI :   
 Présence d'ovalocytes : NON :  OUI :

Présence d'autres anomalies : NON :  OUI :   
 \*Joindre un frottis sanguin *Si OUI, lesquelles :*

**Test de Coombs :** POSITIF :  NEGATIF :  NON FAIT :   
**Hémolyse Biologique :** NON :  OUI :   
**Ictère :** NON :  OUI :   
**Splénomégalie :** NON :  OUI :



RD-HEMATOLOGIE  
BIOLOGIQUE

**Diagnostic de sphérocytose  
ou d'elliptocytose héréditaire  
ou autres pathologies de la  
membrane érythrocytaire  
Fiche de renseignements  
cliniques à joindre au  
prélèvement**

Ref : RD-HE-BMHEM-DE-035  
Version : 01  
Applicable le : 13-12-2016



**Traitement** : si transfusion, date de la dernière transfusion =

**Commentaires :**

**Bilan enzymatique (minimum PK, G6PD) fait :** NON :  OUI :

*Si OUI, résultat :*

**Autres enzymes ? :**

**Electrophorèse de l'hémoglobine faite :** NON :  OUI :

*Si OUI, résultat :*

**Carence martiale associée :** NON :  OUI :

**Syndrome inflammatoire associée :** NON :  OUI :

**Autre(s) pathologie(s) associée(s) :** NON :  OUI :

*Si OUI, la(les)quelle(s) :*

**Commentaires autres aidant au diagnostic :**

**Synthèse diagnostique clinique :**

Diagnostic de SH très probable cliniquement :

Diagnostic de SH possible :

Diagnostic d'EH très probable cliniquement :

Diagnostic d'EH possible :

Diagnostic d'une autre pathologie membrane très probable cliniquement :  et laquelle :

Diagnostic d'une autre pathologie membrane possible :  et laquelle :

Bilan fait dans la cadre d'un bilan d'une anémie hémolytique ou anasarque fœto-placentaire non étiquetée :

DPN :