



## CYTOGÉNÉTIQUE ONCO - HÉMATOLOGIQUE

LABORATOIRE PRÉLEVEUR		PRÉLÈVEMENT	
N° Client: <u>  </u> C / <u>  </u>		Date de prélèvement: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	
Cachet obligatoire		Heure de prélèvement: <u>  </u> h <u>  </u>	
		<input type="checkbox"/> Sang total hépariné	<input type="checkbox"/> Moelle milieu de transport
		<input type="checkbox"/> Ganglion	<input type="checkbox"/> Autre (préciser): .....

PATIENT(E)		PRESCRIPTEUR	
NOM .....	PRÉNOM .....	NOM .....	PRÉNOM .....
PRÉNOM .....	Nom de naissance .....	Adresse .....	CP ..... Ville .....
Adresse .....	CP ..... Ville .....	Tél. <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Fax <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
CP ..... Ville .....	Date de naissance <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Adresse e-mail : .....	
Date de naissance <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Signature : .....	

ANALYSE SOUHAITÉE	
<input type="checkbox"/> Caryotype Onco – Hématologique : cytogénétique conventionnelle	
<input type="checkbox"/> FISH (Hybridation In Situ Fluorescente) : cytogénétique moléculaire, à préciser si besoin : .....	
<b>FORFAITS DIAGNOSTIQUES :</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Leucémie aigüe</b> : Caryotype + FISH + extractions ADN et ARN (si tube EDTA complémentaire fourni) – (Code OPL LADIA)	
<input type="checkbox"/> <b>Syndromes lymphoprolifératifs</b> : Caryotype + FISH selon le type d'hémopathie lymphoïde – (Code OPL SYLEX)	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à renseigner impérativement)					
<b>DIAGNOSTIC</b>					
<input type="checkbox"/> LAM : .....	<input type="checkbox"/> LAL : .....	<input type="checkbox"/> SMD	<input type="checkbox"/> SMP (PV/TE/MF)	<input type="checkbox"/> LMC	<input type="checkbox"/> LMMC
<input type="checkbox"/> LLC	<input type="checkbox"/> LNH	<input type="checkbox"/> Myélome/MGUS (% de plasmocytes médullaires : .....%)			<input type="checkbox"/> Waldenström
<input type="checkbox"/> Autre : .....					
<b>STADE DE LA MALADIE</b>					
<input type="checkbox"/> Diagnostic : confirmé / suspecté		<input type="checkbox"/> Rémission	<input type="checkbox"/> Evolution	<input type="checkbox"/> Rechute	
<b>ALLOGREFFE :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<b>Traitement (préciser) :</b> .....			
NFS (Joindre la copie du dernier résultat) :					
Hb ..... VGM ..... GB ..... Plaquettes ..... Lympho ..... PN ..... PEo ..... PBaso .....					
Mono ..... Myélémie ..... Blastes .....					
<b>COMPLEMENT D'INFORMATION CLINIQUE SI BESOIN :</b>					
.....					
.....					
.....					