

Biopathologie
Pr Luc Xerri
Hématologie cellulaire
Dr A. Murati
 Dr C. Cordier
 Dr C. Bozian
 Dr V. Gelsi-Boyer
 Dr F. Golesi
 Dr A.C. Lhoumeau

Cytogénétique - FISH/PCR
Dr M.J. Mozziconacci
 Dr A. Ittel

Oncogénétique moléculaire
Pr H. Sobol
 Dr A.S Alary
 V. Bourdon
 T. Noguchi
 Dr C. Popovici
 Dr A. Remenieras

PRESCRIPTION D'EXAMEN ONCO-HEMATOLOGIQUE

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16
 SECRETARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 57 / Fax : 04 91 22 35 44

1378 - V5

Ne pas remplir
 (Réservé au laboratoire)
 Numéro
 d'enregistrement

Renseignements Patient (Étiquette à coller ici)	Établissement - Service ou UF demandeurs : (si établissement hors IPC - Coordonnées de l'hôpital et du service)
Nom de naissance : Nom usuel : Prénom : Date de naissance : Sexe : IPP :	

Date de prélèvement :	Date de la demande :
Heure de prélèvement :	
Préleveur : (Nom et Signature obligatoires)	Médecin prescripteur (si différent du préleveur) : (Nom et signature obligatoires)

TYPE DE PRÉLÈVEMENT

Sang
 LCR
 L. Ascite
 Moelle
 L. Pleural
 Bloc FFPE
 Autres :

Nombre de tubes : Violet : Vert : Bleu Marine : Rouge : Jaune : Autres :

Nombre de seringues : **Nombre de pots :**

Les **modalités de prélèvements** (nombre de tubes, type de support de prélèvement, ...) et les autres exigences du Département de Biologie du Cancer sont accessibles à l'adresse suivante : <https://ipcnet-extranet.ipc.unicancer.fr/medecin/Pages/dbc.aspx>

INDICATIONS CLINIQUES / MOTIF DE LA PRESCRIPTION / PROTOCOLE

AL : Dose Diagnostic
 Kalinox Suivi

Demande externe : joindre une photocopie de l'hémogramme et du myélogramme

CYTOLOGIE

Formule sanguine
 Myélogramme
 LCR
 Autre :

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

PCR quantitative <input type="checkbox"/> <i>BCR/ABL1</i> <input type="checkbox"/> Autre transcrit : <input type="checkbox"/> <i>JAK 2</i> ^{V617F}	Génotypage/Séquençage <input type="checkbox"/> Statut mutationnel IgVH <input type="checkbox"/> Clonalité B <input type="checkbox"/> Clonalité T <input type="checkbox"/> Mutation MYD88 ^{L265P} <input type="checkbox"/> Mutations TP53 <input type="checkbox"/> Mutations IDH1 ^{R132} /IDH2 ^{R140, R172} <input type="checkbox"/> Mutations <i>BCR-ABL1</i>
---	--

PHÉNOTYPE

Lymphocytes
 Blastes
 Monocytes
 Plasmocytes
 Clone HPN
 MRD LLC
 MRD LAM
 Autre :

CYTOGÉNÉTIQUE

Caryotype

FISH
<input type="checkbox"/> TP53 (del 17p) <input type="checkbox"/> ATM (del 11q) <input type="checkbox"/> Cycline D1 (t(11;14)) <input type="checkbox"/> BCL2 <input type="checkbox"/> BCL6 <input type="checkbox"/> MYC <input type="checkbox"/> Autre :

Génotypage/Séquençage

Panel myéloïde (60 gènes, N454)
 Panel LLC-Waldenström (17 gènes, N453)
 Panel lymphome (34 gènes, N453)

Suivi allo-greffe
 Chimérisme
 Autre :

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE IPC

Date de réception :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	
		Oui	Non
Motif :			

Biopathologie
Pr Luc Xerri
Hématologie cellulaire
Dr A. Murati
 Dr C. Cordier
 Dr C. Bozian
 Dr V. Gelsi-Boyer
 Dr F. Golesi
 Dr A.C. Lhoumeau
Cytogénétique - FISH/PCR
Dr M.J. Mozziconacci
 Dr A. Ittel

Département de Biologie du Cancer : Pr Hagay Sobol

PRESCRIPTION D'EXAMEN ONCO-HEMATOLOGIQUE

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16
 SECRETARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 57 / Fax : 04 91 22 35 44

1378 - V5


Ne pas remplir
 (Réservé au laboratoire)
 Numéro
 d'enregistrement

Oncogénétique moléculaire
Pr H. Sobol
 Dr A.S Alary
 V. Bourdon
 T. Noguchi
 Dr C. Popovici
 Dr A. Remenieras

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Renseignements Patient

Nom de naissance :
 Nom usuel :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Sexe : IPP :

 **EN L'ABSENCE D'UN BON DE PRISE EN CHARGE RENSEIGNÉ, LA PRESCRIPTION NE SERA PAS TRAITÉE ET LES EXAMENS NE SERONT PAS RÉALISÉS.**

DESTINATAIRE DU COMPTE-RENDU DE RÉSULTATS

Nom : Prénom :

Établissement :

Adresse :

Tél. : Fax :

ÉTABLISSEMENT À FACTURER

Nom :

Adresse :

Tél. : Fax :

Cachet :

Date de réception :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	Oui	Non
		Motif :		