

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

Dr D. Sciortino

Cytogénétique - FISH/PCR**Dr M.J. Mozziconacci**

Dr M. Duranjou

Dr A. Ittel

Oncogénétique moléculaire**Pr H. Sobol**

Dr A.S Alary

V. Bourdon

Dr A. Hadjadj Aoul

T. Noguchi

Dr C. Popovici

Dr A. Remenieras

INSTITUT PAOLI-CALMETTES

unicancer Marseille

Département de Biologie du Cancer : Pr Hagay Sobol

PRESCRIPTION D'EXAMEN ONCO-HÉMATOLOGIQUERÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16
SECRÉTARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 57 / Fax : 04 91 22 35 44

1378 - V6

Ne pas remplir
(Réservé au laboratoire)Numéro
d'enregistrement**Renseignements Patient**
(Étiquette à coller ici)Nom de naissance :
Nom usuel :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe :
IPP :**Établissement - Service ou UF demandeurs :**
(si établissement hors IPC - Coordonnées de l'hôpital et du service)

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

 DiagnosticKalinox Suivi*Demande externe : joindre une photocopie de l'hémogramme et du myélogramme***CYTOLOGIE** Formule sanguine
 Myélogramme
 LCR
 Autre :**BIOLOGIE MOLÉCULAIRE****PCR quantitative** *BCR/ABL1*
 Autre transcrit :
 JAK 2^{V617F}**Génotypage/Séquençage** Statut mutationnel *IgVH*
 Clonalité B
 Clonalité T
 Mutation *MYD88*^{L265P}
 Mutations *BRAF*^{V600E}
 Mutations *TP53*
 Mutations *IDH1*^{R132}/*IDH2*^{R140, R172}
 Mutations *BCR-ABL1***PHÉNOTYPE** Lymphocytes
 Blastes
 Monocytes
 Plasmocytes
 Clone HPN
 MRD LLC
 MRD LAM
 Autre :**CYTOGÉNÉTIQUE** Caryotype**FISH** TP53 (del 17p)
 ATM (del 11q)
 Cycline D1 (t(11;14))
 BCL2
 BCL6
 MYC
 Autre :**Génotypage/Séquençage** Panel myéloïde (60 gènes, N454)
 Panel LLC-Waldenström (20 gènes, N453)
 Panel lymphome (37 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

Dr D. Sciortino

Cytogénétique - FISH/PCR**Dr M.J. Mozziconacci**

Dr M. Duranjou

Dr A. Ittel

Oncogénétique moléculaire**Pr H. Sobol**

Dr A.S Alary

V. Bourdon

Dr A. Hadjadj Aoul

T. Noguchi

Dr C. Popovici

Dr A. Remenieras

INSTITUT PAOLI-CALMETTES

un|cancer Marseille

Département de Biologie du Cancer : Pr Hagay Sobol

PRESCRIPTION D'EXAMEN ONCO-HÉMATOLOGIQUERÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16
SECRÉTARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 57 / Fax : 04 91 22 35 44

1378 - V6

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