

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

Dr S. Allelova

Cytogénétique - FISH/PCR**Dr S. Allelova****Oncogénétique moléculaire****Pr H. Sobol**

Dr M. Adi Wijayanto

Dr A.S Alary

V. Bourdon

Dr A. Hadjadj Aoul

T. Noguchi

Dr. N. Pons

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 - V8

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, Prénom, RPPS et Signature obligatoires)	Médecin prescripteur (si différent du préleveur) : (Nom, Prénom, RPPS et Signature obligatoires)
TYPE DE PRÉLÈVEMENT	
<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> L. Ascite <input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> L. Pleural <input type="checkbox"/> Bloc FFPE <input type="checkbox"/> Autres :	
Nombre de tubes : <input type="checkbox"/> Violet : <input type="checkbox"/> Vert : <input type="checkbox"/> Bleu Marine : <input type="checkbox"/> Rouge : <input type="checkbox"/> Jaune : <input type="checkbox"/> Autres :	
Nombre de seringues : Nombre de pots :	
Les modalités de prélèvements (nombre de tubes, type de support de prélèvement, ...), les grilles tarifaires des analyses 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	<input type="checkbox"/> Diagnostic
Kalinox <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Suivi
<i>Demande externe : joindre une photocopie de l'hémogramme et du myélogramme</i>	

CYTOLOGIE	BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<input type="checkbox"/> Formule sanguine <input type="checkbox"/> Myélogramme <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Autre :	PCR quantitative <input type="checkbox"/> <i>BCR/ABL1</i> <input type="checkbox"/> Autre transcrit : <input type="checkbox"/> <i>JAK 2</i> ^{V617F}
PHÉNOTYPE	Génotypage/Séquençage
<input type="checkbox"/> Lymphocytes <input type="checkbox"/> Blastes <input type="checkbox"/> Monocytes <input type="checkbox"/> Plasmocytes <input type="checkbox"/> Clone HPN <input type="checkbox"/> MRD LLC <input type="checkbox"/> MRD LAM <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Statut mutationnel <i>IgVH</i> <input type="checkbox"/> Clonalité B <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mutations <i>BRAF</i> <input type="checkbox"/> Mutations <i>TP53</i> <input type="checkbox"/> Mutations <i>BCR-ABL1</i> <input type="checkbox"/> Mutations <i>UBA1</i> <input type="checkbox"/> Bilan LAM Urgent Diag <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bilan NMP <i>CALR MPL JAK2</i> <input type="checkbox"/> Panel myéloïde Expert <input type="checkbox"/> Panel LLC-Waldenström Expert <input type="checkbox"/> Panel lymphome Expert <input type="checkbox"/> Chimérisme (suivi post allogreffe) <input type="checkbox"/> Autre :
PHÉNOTYPE	CYTOGÉNÉTIQUE
	<input type="checkbox"/> 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 :

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

Dr S. Allelova

Cytogénétique - FISH/PCR**Dr S. Allelova****Oncogénétique moléculaire****Pr H. Sobol**

Dr M. Adi Wijayanto

Dr A.S Alary

V. Bourdon

Dr A. Hadjadj Aoul

T. Noguchi

Dr. N. Pons

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 - V8

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 :