eurofins | Biomnis

Bon de demande
Biologie des Hémopathies malignes

Cytologie spécialisée et typage immunologique (CMF) / Cytogénétique et Biologie moléculaire

Hématologie cellulaire et cytogénétique
Tél : 04 72 80 23 65 • Fax : 04 72 80 23 66
Email : hemato-cyto@eurofins.com

Génétique et oncologie moléculaire
Tél : 04 72 80 25 78 • Fax : 04 72 80 25 79
Email : genetique-oncologie@eurofins.com

Correspondant

PATIENT(E)

Nom : .....
Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Adresse : .....
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Sexe : ☐ F ☐ M

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|
Fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

FACTURATION

☐ Hôpital
☐ Prise en charge*
Organisme payeur : .....
Régime : |_|_| Dépt : |_|_|_| Centre : |_|_|_|_|
N° de S.S. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Autre :
☐ Patient**

*(*Joindre impérativement l'ordonnance, la Demande d'Entente Préalable ainsi que la copie de l'attestation S.S. **Si facturation patient, veuillez nous préciser ci-dessus l'adresse du patient).*

ANALYSES DEMANDÉES ET PRÉLÈVEMENTS

CYTOLOGIE

☐ **Sang** : *formule approfondie (1 frottis non coloré)*
☐ **Moelle** : *myélogramme (3 à 6 lames non colorées)*
☐ **Ganglion** : *adénogramme (frottis non colorés)*
☐ **Autre** : .....
.....

TYPAGE IMMUNOLOGIQUE

☐ **Sang** : *(1 tube EDTA ou Héparine + 1 frottis non coloré)*
☐ **Moelle** : *(1 tube EDTA ou Héparine + 1 frottis non coloré)*
☐ **Autre** : .....

CYTOGÉNÉTIQUE

☐ **Conventionnelle (caryotype)**
☐ **Moléculaire (FISH)** :
Préciser : .....
☐ **Sang** : *(tube hépariné)*
☐ **Moelle** : *(tube hépariné)*
☐ **Ganglion**
☐ **Autre** : .....

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

☐ **BCR-ABL Qualitatif**
☐ **BCR-ABL Quantitatif**
☐ **JAK2** *(Exon 14)*
☐ **JAK2** *(Exon 12)*
☐ **CALR**
☐ **MPL**
☐ **TP53**
☐ **MYD88**
☐ **BRAF**
☐ **Autre :** .....
☐ **Clonalité B**
☐ **Clonalité T**

Tube EDTA pour tous les tests excepté BCR-ABL : tube EDTA et tube PAX gene

Sample date: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (indispensable pour la prise en charge du prélèvement)

DIAGNOSTIC

☐ **Syndrome myéloprolifératif chronique**
- ☐ LMC
- ☐ Myélofibrose ou SPM myéloïde
- ☐ Hyperéosinophilie essentielle
- ☐ Polyglobulie de Vaquez
- ☐ Thrombocytémie essentielle

☐ **Leucémie aiguë**
- ☐ LAL sous type .....
- ☐ LAM sous type .....

☐ **Syndrome lymphoprolifératif chronique**
- ☐ LLC
- ☐ Leucémie à tricholeucocytes
- ☐ Bilan d'extension de lymphome
- ☐ Autre : .....

☐ **Myélome :** Le tri plasmocytaire est effectué en fonction des données suivantes à fournir impérativement :
% de plasmocytes médullaires : .....%
Bilan biologique de gammapathie monoclonale (DPIG, IF, B2µ, Ca) à faire parvenir au laboratoire.

☐ **Syndrome myélodysplasique**
Préciser .....

☐ **Autre** .....

SUIVI Préciser la pathologie .....
Préciser le traitement .....

NB : Les techniques d'immunophénotypage mises en oeuvre ne sont pas adaptées à la recherche de maladie résiduelle ou MRD post-thérapeutique (sensibilité de l'ordre de 0.5%)

RECHUTE Préciser le diagnostic .....
Préciser le résultat du caryotype initial .....

AUTRE .....

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES, SI DÉJÀ RÉALISÉS, À FOURNIR (par fax ou à joindre à l'envoi)

☐ **CR de l'immunophénotypage**
(indispensable pour Sd lymphoprolifératif et LAL)
☐ **CR du Myélogramme**
☐ **CR de la NFS Plaquettes**
à défaut reporter les résultats ci-dessous :

Résultats NFS-Plaquettes en date du:
|_|_| |_|_| |_|_|

Hb .....
VGM .....
Plaquettes .....
GB.....

PN .....
PEo .....
PBaso .....
Lympho .....
Mono .....
Myélémie .....
Blastes .....