

DEMANDE D'ANALYSE EN ONCO-HEMATOLOGIE

Pr. Asnafi, PU-PH vahid.asnafi@aphp.fr 01 44 49 49 14
 Pr. Macintyre PU-PH elizabeth.macintyre@aphp.fr
 Dr. Lhermitte, MCU-PH ludovic.lhermitte@aphp.fr 01 44 49 49 33
 Dr. Brouzes, PH chantal.brouzes@aphp.fr 01 44 49 49 32

Secrétariat : 01 44 49 40 36 Fax : 01 44 38 17 45
 Dr. Couronné, MCU-PH, lucile.couronne@aphp.fr 01 44 49 28 61
 Dr. Kaltenbach, PH, sophie.kaltenbach@aphp.fr 01 44 49 49 69
 Dr. Balducci, PA, estelle.balducci@aphp.fr 01 44 49 56 01
 Assistants : 94932, 94941

Prélèvements sur EDTA ; (minimums : 20 ml de sang et/ou 1 à 2 ml de moelle). Le prélèvement doit parvenir au laboratoire sous 24 h
Horaires de réception : Lundi-Vendredi : 8h à 17h30

NOM : _____	Etiquette id patient	Prescripteur : _____	Etiquette id service
PRENOM : _____		Hôpital et Service : _____	
Date de naissance: __/__/____		Telephone : _____	
Nom du préleveur : _____		Télécopie : _____	
		Courriel : _____@_____	

Date de Prescription __/__/____ Date de Prélèvement __/__/____ Heure de prélèvement *: __ H __

Nature du prélèvement : Sang ☐ Moelle ☐ Ganglion ☐ (siège : _____)
 LCR ☐ Tissu ☐ (préciser) : _____ Autres ☐ (préciser) : _____

nombre de tubes: VISKALI (<https://nck.manuelprelevement.fr>)

REMPLIR UNE FEUILLE PAR NATURE DE PRELEVEMENT, UTILISER UN SACHET PAR NATURE DE PRELEVEMENT

Renseignements cliniques et thérapeutiques obligatoires

Renseignements cliniques/Questions posées:.....

Echantillon de diagnostic ☐	Echantillon de suivi ☐	Echantillon de rechute ☐
% de cellules pathologiques : _____	Protocole : _____	Protocole : _____
Précisez par quelle technique : _____	Point du protocole : _____	Point du protocole : _____
Protocole : _____	Point du protocole : _____	Point du protocole : _____
Traitements : _____		Grefe (date) : __/__/____

Cytologie spécialisée

Nom du préleveur :

- ☐ Myélogramme (siège du prélèvement :) * joindre les résultats d'une numération du jour
☐ Adénogramme (siège du prélèvement :)* joindre les résultats d'une numération du jour
☐ Frottis cytologique : relecture médicalisée du frottis sanguin ☐ Autre : _____

Cytogénétique (Tube vert Hepariné)

- ☐ Caryotype Oncohématologique
☐ Fish TP53 (LLC)

Immunophénotypage (tube violet, EDTA)

- ☐ Dépistage/caractérisation/ suivi d'une hémopathie lymphoïde mature (B/T/NK) ☐ Phénotypage plasmocytes
☐ Suspicion /bilan de leucémie aigue ☐ Recherche clone HPN
☐ Phénotypage monocytes ☐ Phénotypage mastocytes ☐ Autre :

**RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT AU RECTO :
IDENTIFICATION DU PATIENT, DU SERVICE,
DES PRELEVEURS ET PRESCRIPTEURS, DATE ET HEURE DE PRELEVEMENT**

(\$) CONSENTEMENT (obligatoire pour panel NGS) :

☐ Attestation de consentement

☐ Attestation de non opposition

Signature du prescripteur (obligatoire) :

En signant, le prescripteur atteste que le consentement a bien été signé et qu'il est conservé dans le dossier médical, ou qu'il n'y a pas eu d'opposition du patient.

BIOLOGIE MOLECULAIRE

Nature du prélèvement : Sang ☐ Moelle ☐ Ganglion ☐ (siège : _____)
LCR ☐ Tissu ☐ (préciser) : _____ Autres ☐ (préciser): _____

nombre de tubes : cf. VISKALI (<https://nck.manuelprelevement.fr>)

REEMPLIR UNE FEUILLE PAR NATURE DE PRELEVEMENT, UTILISER UN SACHET PAR NATURE DE PRELEVEMENT

Hémopathies lymphoïdes matures

- ☐ Clonalité B
- ☐ Clonalité T
- ☐ Statut Mutationnel IGVH
- ☐ Hyperexpression de CCND1 (RQPCR)
- ☐ Mutation MYD88 L265P PCR

- ☐ STAT3
- ☐ NGS lymphoïde B (\$)
- ☐ NGS lymphoïde T (\$)
- ☐ Intégration virale HTLV1 (NGS) (\$)

SMP

Diagnostic

- ☐ LMC : BCR-ABL
- ☐ JAK2 V617F isolé
- ☐ JAK2 V617F/CALR/MPL W515

- ☐ FIP1L1-PDGFRa
- ☐ Mutation D816V/Y (Mastocytose)

Suivi

- ☐ BCR-ABL

Chimérisme hématopoïétique

Avant Allogreffe:

- ☐ Génotypage receveur
Nom, prénom ou N° du donneur:* _____

- ☐ Génotypage donneur
Nom, prénom du receveur:* _____

Après Allogreffe:

J30 J60 J100 Autre :
☐ Suivi du chimérisme

LAL /Lymphome Lymphoblastique

Diagnostic

- ☐ Marqueurs de clonalité B/T

Si LAL-B:

- ☐ BCR-ABL

Si LAL-T/LL-T:

- ☐ Panel NGS (\$) (NOTCH1, PTEN, NRAS, KRAS, FBXW7....)
- ☐ Transcrit de fusion (TLX1, TLX3, SILTAL...)

Autres :

- ☐ Etude du répertoire CDR3 par NGS (\$)
- ☐ Syndrome de Cloves par NGS (\$)

Suivi maladie résiduelle (LAL/LL/MCL)

- ☐ IG/TCR
- ☐ BCR-ABL

*obligatoire