

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
SECRÉTARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 57 / Fax : 04 91 22 35 44

1378 - V4

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 : Médecin prescripteur (si différent du préleveur) :
(Nom et Signature obligatoires) (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 ☐ BCR/ABL1 ☐ Autre transcrit : ☐ JAK 2 ^{V617F} Génotypage/Séquençage ☐ Clonalité B ☐ Clonalité T ☐ MYD88 ☐ Satut mutationnel IgVH ☐ TP53 ☐ IDH1/IDH2 ☐ Mutation BCR-ABL1 ☐ NGS (Panel 60 gènes, hémopathies myéloïdes) - (Indication sur RCP obligatoire) Suivi allo-greffe ☐ Chimérisme ☐ Autre :
PHÉNOTYPE ☐ Phénotype complet ☐ Phénotype partiel : ☐ Maladie résiduelle : ☐ Clone HPN ☐ ZAP 70 ☐ Monotypie T	CYTOGÉNÉTIQUE ☐ Caryotype FISH ☐ TP53 (del 17p) ☐ ATM (del 11q) ☐ Cycline D1 (t(11;14)) ☐ BCL2 ☐ BCL6 ☐ MYC ☐ 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

Oncogénétique moléculaire**Pr H. Sobol**

Dr A.S. Alary

V. Bourdon

T. Noguchi

Dr C. Popovici

Dr A. Remenieras

INSTITUT PAOLI-CALMETTES

unicancer Marseille

Département de Biologie du Cancer : Pr Jean-Paul Borg

PRESCRIPTION D'EXAMEN ONCO-HEMATOLOGIQUERÉCEPTION 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 - V4

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 :