biomnis
BIOLOGIE MÉDICALE SPÉCIALISÉE
Secrétariat Médical
Tél 04 72 80 23 65 - Fax 04 72 80 23 66

Correspondant

Biologie des Hémopathies malignes

Cytogénétique et Biologie moléculaire

PATIENT

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
CP : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville : .....
Tél. : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋
Date de Naissance : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋ Sexe : ☐ M ☐ F

MÉDECIN

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
CP : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville : .....
Tél. : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋
Fax : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋

FACTURATION

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

☐ Patient**

joindre impérativement l'ordonnance, ainsi que la copie de l'attestation S.S. + mutuelle

***si facturation patient, préciser ci-dessus l'adresse du patient.*

PRÉLÈVEMENTS

Date de prélèvement : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋

☐ **Sang** ☐ Héparine (cytogénétique) ☐ EDTA (biologie moléculaire JAK2) ☐ PAXgène (biologie moléculaire BCR-ABL quantitatif)

☐ **Moelle** ☐ Héparine (cytogénétique)

☐ **Ganglion**

☐ **Lames blanches**
☐ **Autres**
Préciser : .....

ANALYSES DEMANDÉES

☐ **CYTOGÉNÉTIQUE**
☐ Conventionnelle (caryotype) ☐ Moléculaire (FISH)
Préciser : .....
.....

☐ **BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**
☐ BCR-ABL quantitatif (PAXgène) ☐ JAK2 (mutation V617F)
Autres : .....

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

☐ **DIAGNOSTIC**

☐ **SYNDROME MYÉLOPROLIFÉRATIF CHRONIQUE**
- ☐ LMC
- ☐ Polyglobulie de Vaquez
- ☐ Thrombocytémie essentielle
- ☐ Myélofibrose ou SPM myéloïde
- ☐ Hyperéosinophilie essentielle ou Leucémie chronique à éosinophiles

☐ **LEUCÉMIE AIGUË**
- ☐ LAL sous type .....
- ☐ LAM sous type .....

☐ **SYNDROME LYMPHOPROLIFÉRATIF CHRONIQUE**
- ☐ LLC
- ☐ Autre .....

☐ **LYMPHOME MALIN NON HODGKINIEN**
Préciser .....

☐ **MYÉLOME**

☐ **SYNDROME MYÉLODYSPLASIQUE**
Préciser .....

☐ **AUTRE** .....

☐ **SUIVI** Préciser la pathologie .....
Préciser le traitement .....

☐ **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 ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋

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

GR .....
Hb .....
VGM .....
Plaquettes .....

janvier 2010

biomnis
BIOLOGIE MÉDICALE SPÉCIALISÉE

Secrétariat Médical : Tél **04 72 80 23 65** - Fax **04 72 80 23 66**

Correspondant

Biologie des Hémopathies malignes

Cytologie spécialisée et typage immunologique (CMF)

PATIENT

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
CP : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville : .....
Tél. : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋
Date de Naissance : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋ Sexe : ☐ M ☐ F

MÉDECIN

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
CP : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville : .....
Tél. : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋
Fax : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋

FACTURATION

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

☐ Patient**

**joindre impérativement l'ordonnance, ainsi que la copie de l'attestation S.S. + mutuelle*

***si facturation patient, préciser ci-dessus l'adresse du patient.*

PRÉLÈVEMENTS

Date de prélèvement : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋

☐ **Sang** :
- Formule approfondie (3 frottis non colorés)
- Typage immunologique (3 tubes EDTA + 3 frottis non colorés)

☐ **Moelle** :
- Myélogramme (3 à 6 lames non colorées)
- Typage immunologique (1 tube EDTA + 3 frottis non colorés)

☐ **Ganglion** :
- Adénogramme (3 à 6 frottis non colorés)
- Typage immunologique (pièce biopsique dans RPMI ou liquide physiologique)

☐ **Autre** :
Préciser : .....
.....
.....
.....
.....

INDICATION

LEUCÉMIE AIGUË
Diagnostic ☐
Suivi ☐

SMD
Diagnostic ☐
Suivi ☐

SYNDROME MYÉLOPROLIFÉRATIF
Diagnostic ☐
Suivi ☐

LEUCÉMIE À TRICHOLEUCOCYTES
Suspicion ☐
Suivi ☐

SYNDROMES LYMPHOPROLIFÉRATIFS ET LYMPHOMES

HYPERLYMPHOCYTOSE : ☐

LLC
Suspicion ☐
Suivi ☐

LMNH B
Suspicion ☐
Suivi ☐

BILAN MÉDULLAIRE D'EXTENSION D'UN LYMPHOME ☐

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

(Joindre systématiquement les résultats de la NF)