

	Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
	IMPRIME	004	IM-GEN 023	13	16/09/2020
	DEMANDE D'EXAMEN EN CYTOGENETIQUE				
EMETTEUR : GENETIQUE ONCOLOGIQUE					

Praticiens : D. PENTHER 02-32-08-25-12 P. ETANCELIN 02-32-08-29-75 A. PERDRIX 02-32-08-30-28	Labo. Cytogénétique : 02-32-08-25-80 FAX : 02-32-08-25-66 Mail : labo.oncogen@chb.unicancer.fr
NOM et PRENOM DU PATIENT : Nom de Naissance : DATE DE NAISSANCE : Sexe : N° de PATIENT IPP : CONSULTATION ☐ HOSPITALISATION ☐	NOM et PRENOM MEDECIN PRESCRIPTEUR : Service : Téléphone : IDENTITE PRELEVEUR : FONCTION : DATE ET HEURE PRELEVEMENT :
NATURE DU PRELEVEMENT : Merci de signaler tout <u>risque infectieux</u> particulier ! ☐ Sang ⁽¹⁾ ☐ Moelle ⁽¹⁾ ☐ Autre ⁽¹⁾ : (1) Les flacons contenant le milieu stérile pour le transport des prélèvements sont fournis sur demande (Conservation : 2 à 8°C avant le prélèvement). <u>Merci de ne pas coller l'étiquette patient sur l'étiquette de suivi de lot.</u> <u>↻ Prélèvement à conserver entre 15°C et 37°C</u>	
CARYOTYPE CONVENTIONNEL : RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : ☐ Diagnostic initial ☐ Suivi ☐ Protocole : ☐ LAL ☐ LAM ☐ LMC ☐ Myélodysplasie ☐ Syndrome Myéloprolifératif ☐ Hodgkin ☐ LNH ☐ LLC ☐ Myélome (prélèvement de moelle uniquement) ☐ Autre pathologie <u>Joindre obligatoirement 1 lame blanche de myélogramme</u> Précisions :	
FISH LLC ☐ del 17p TP53 ☐ del 11q ATM ☐ trisomie 12 ☐ del 13q	
CADRE RESERVE AU LABORATOIRE : Etiquette de réception : Précisions :	
NB : la traçabilité de la réception est assurée par le SGL	