

**COMPTE RENDU- BON DE DEMANDE ANALYSE ONCO-HEMATOLOGIE
FIP1-L1
HOPITAL NECKER**



**LABORATOIRE CENTRAL D'HEMATOLOGIE (Pr. Elizabeth MACINTYRE)
HOPITAL NECKER-ENFANTS MALADES
Tour Pasteur, 2ème étage, 149, rue de Sèvres, 75743 PARIS Cedex 15**

DEMANDE D'ANALYSE EN ONCO-HEMATOLOGIE

Pr. Macintyre, PU-PH	01 44 49 49 47	secretariat1.macintyre@nck.aphp.fr	Secrétariat : 01 44 49 49 42	Fax : 01 44 38 17 45
Dr. Beldjord, MCU-PH	01 44 49 49 24	kheira.beldjord@nck.aphp.fr	Clonalité lymphoïde, MRD IG/TCR	
Dr. Delabesse, MCU-PH	01 44 49 49 41	eric.delabesse@nck.aphp.fr	Génétique moléculaire	
Dr. Asnafi, MCU-PH	01 44 49 49 33	vahid.asnafi@nck.aphp.fr	Immunophénotypage	

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-Jeudi : 7h30 à 20h, Vendredi 7h30-14h
Pour tout service extérieur à l'AP-HP : BON DE COMMANDE OBLIGATOIRE

NOM * : _____	Date de Prescription* ___/___/___
PRENOM * : _____	Date de Prélèvement* ___/___/___
Date de naissance * : ___/___/___	Heure de prélèvement * : ___H___
Prescripteur * : _____	Téléphone : _____
Hôpital et Service * : _____	Télécopie : _____
Prélèvement* : Sang <input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> Ganglion n° : _____ Autre (à préciser) : _____	
Echantillon de diagnostic <input type="checkbox"/> % de cellules pathologiques : _____ Protocole * : _____	Echantillon de suivi <input type="checkbox"/> Protocole * : _____ Point du protocole : _____
Echantillon de rechute <input type="checkbox"/> Protocole * : _____ Point du protocole : _____	

Traitements : Anti CD20 Glivec (mg/f) : _____ Greffe (date) : ___/___/___

Autres : _____

DIAGNOSTIC/ Renseignements cliniques : _____

QUESTION POSEE * : _____

Immuno-Phénotypage		Biologie moléculaire	
Rendez-vous obligatoire pour Immuno-phénotypage par télécopie au 01 44 38 16 21 par téléphone au 01 44 38 17 17		Clonalité lymphoïde Analyse de la clonalité B (BHN850) <input type="checkbox"/> Analyse de la clonalité T (BHN750) <input type="checkbox"/>	
Immuno-Phénotypage <input type="checkbox"/>		Génétique moléculaire BCR-ABL (Diag:BHN1220; Suivi BHN1420) <input type="checkbox"/> IGH-BCL2 (Diag:BHN1000; Suivi (BHN500) <input type="checkbox"/> JAK2 V617F <input type="checkbox"/>	
Recherche du clone HNP <input type="checkbox"/>		Autres (à préciser): FIP1-L1 PDGFR	
Congélation	Objet * (protocoles,....) _____	Cellules <input type="checkbox"/>	Sérum <input type="checkbox"/>

Mise à jour le 28 avril 2006

* : à remplir impérativement

Version 7