CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
TOULON - LA SEYNE SUR MER

Hôpital SAINTE-MUSSE
Avenue Henri Sainte-Claire Deville – BP 1412 – 83056 TOULON Cedex
Pôle LABORATOIRE - Service de GÉNÉTIQUE MEDICALE
LABORATOIRE DE CYTOGÉNÉTIQUE
Téléphone : 04 94 14 50 05 – Télécopie : 04 94 14 51 36

CYTOGÉNÉTIQUE DES HÉMOPATHIES MALIGNES

PATIENT :

Nom : .....
Prénom : ....
DDN : ....
Sexe : .....

étiquette

SERVICE ou UF DEMANDEUR :

Nom : .....
Numéro UF : ....
Téléphone : ....

étiquette

PRELEVEMENT :

Date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Heure : ☐☐h☐☐

☐ **MOELLE** Nb de seringues : ☐

[seringue héparinée, conservation T° AMB, acheminement <2h]

☐ **SANG** Nb de tubes : ☐

[tubes héparinate de lithium (vert foncé), conservation T° AMB, acheminement <2h]

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Nom : .....

Signature :

MEDECIN PRELEVEUR : *(si différent du prescripteur)*

Nom : .....

Signature :

INDICATION :

☐ Syndrome myélodysplasique

préciser : .....

☐ Syndrome myéloprolifératif

☐ **Leucémie myéloïde chronique (LMC)**

☐ Polyglobulie de Vaquez
☐ Thrombocytémie essentielle
☐ Myélofibrose primitive

☐ Syndrome avec hyperéosinophilie

☐ Autres (préciser) : .....

☐ Syndrome myélodysplasique/myéloprolifératif

préciser : .....

☐ Leucémie lymphoïde chronique

Renseignements complémentaires

☐ **Diagnostic** ☐ **Suivi**

(Clinique, NFS, Myélogramme, Bio. Mol., …)

ANALYSES DEMANDEES :

Cytogénétique conventionnelle :

☐ **CARYOTYPE**

Cytogénétique moléculaire - FISH :

☐ t(9;22) - BCR/ABL
☐ 5q-
☐ FIP1L1-PDGFR Alpha
☐ PDGFR Béta
☐ ATM (del 11q)
☐ P53 (del 17p)
☐ Panel LLC (del 13q, tri 12, del 11q, del 17p)
☐ autre : .....
.....
.....