Tél : 63 63 34 / 63 63 35
Garde : 63 60 65
Biologiste : 58 57 97

Coller une étiquette administrative avec code à barres *Selon les dispositions réglementaires, les informations à fournir dans ce cartouche sont obligatoires*	**Nom Prescripteur :** **UF demandeur :** **Nom préleveur :** **Date prélèvement :** entrez date
Heure arrivée labo :	**Heure prélèvement :**

ONCO-HEMATOLOGIE

Renseignements cliniques : *Indispensables ; à remplir par le médecin* ***joindre une NFS récente ou les résultats de myélogramme***

☐Syndrome lymphoprolifératif ☐HPN [HPN]
Leucémie aiguë ☐LAL ☐LAM ☐indifférenciée
☐Myélodysplasie ☐LMMC
☐Myélome
☐LMC : acutisation
☐Syndrome myéloprolifératif (TE / PV / MFP)
☐Autre : .....

☐Corticothérapie ☐EPO ☐G-CSF Transfusion : ☐GR ☐Plaquettes

☐ MYELOGRAMME [MYELO]

Site de ponction : Sternal ☐Urgence ; motif :

☐ IMMUNOPHENOTYPAGE leucocytaire (tube EDTA) *

❍*Sang (4.5mL)* [IMPSG] ❍*Moelle (1mL)* [IMPMO] ❍*LCR (10 gouttes)* [IMPLC] ❍HPN [HPN]
❍*Biopsie* [IMPBI] ❍ Score Monocytes MO-1 [SCMON] ❍*Autre* : [IMPLD]

☐ CYTOGENETIQUE (CARYOTYPE ONCO-HEMATOLOGIQUE) (tube hépariné) *

❍ *Sang (7mL)* [CARYS] ❍ *Moelle(1mL)* [CARYM]

☐ BIOLOGIE MOLECULAIRE (tube EDTA) * ***joindre formulaire de prescription CHUG +, HCL ++, ou CHRU Lille +++***

LMC ☐Suivi ☐Diagnostic *(sang)*
ITK : date initiation :
☐ transcrit BCR-ABL
◇*HCL* [ABLBC] ◇ *CHUG* [BCRAB] ◇ *Annecy* [PCRBA]
☐ Mutation ABL ++ [MUTAB]

SMP hors LMC ++
☐JAK2 V617F (*sang*) [JAK2]
☐JAK2 exon 12 (*sang*) [JEXON]
☐MPL (*sang*) [MMPL]
☐CalR (*sang*) [CALRM]
☐NGS Hémopathies myéloïdes *(moelle)* [NGSM]

Sd hyperéosinophiliques
☐ FIP1L1-PDGRFα ++ [FIPMO]

Syndromes lymphoprolifératifs +
☐Statut mutationnel IgVH (LLC) (*sang*) [BMLLC]
☐Mutation TP53 (*sang*) [TP53]
☐Mutation MYD88 (*moelle*) [MYD88]
☐Clonalité / Réarrangement Ig/TCR : ☐ B ☐ T
❍ *sang* [CLOSG] ❍ *moelle* [CLOMO]
❍ *biopsie cutanée* [CLOBP] ❍ *LCR* [CLOLC]
☐ NGS Hémopathies lymphoïdes *(sang)* [NGSG]

Leucémies aiguës +
☐ PML-RARα ❍ Diagnostic ❍ Suivi
☐ Diagnostic ❍ *sang* [BIOSG] ❍ *moelle* [BIOMO]
☐ Suivi MRD ❍ *sang* [SLASG] ❍ *moelle* [SLAMO]
❍ BCR-ABL ❍NPM1 ❍WT1 ❍CBF

Mastocytoses (*moelle*) ++
☐Mutation c-Kit exon 17 [MASTO]

☐Centre de référence (Lille) +++ (immunophénotypage T, Tryptase, réarrangement TCR, FISH, FIP1L1-PDGFRα, NGS)

☐ CULTURE DE PROGENITEURS HEMATOPOÏETIQUES (***sur RDV CHU Grenoble : 04 76 76 94 93***)

❍ *moelle* (1mL tube hépariné) [PROAG] ❍ *sang* (6x4.5mL tubes citratés collerette bleue) [PROMY]

**** Les demandes nécessitant un envoi ne peuvent être réalisées les WE/jours fériés et vendredi/veille de jours fériés***