



Etiquette patient
ou

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe :
IPP ou IEP :

Cachet UF demandeur

Réservé au service de
génétique

Examen demandé par : Prélèvement réalisé par :

DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT :

NATURE DU PRELEVEMENT :

- MOELLE: 1 mL dans tube héparinate de lithium SANS GEL et SANS MEMBRANE
- SANG: 1 tube héparinate de lithium SANS GEL et SANS MEMBRANE
- GANGLION : milieu de transport
- AUTRE : préciser :

CARYOTYPE

FISH (hybridation *in situ*)
(préciser les cibles en commentaires si nécessaire)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

SUSPICION

DIAGNOSTIC

SUIVI

Leucémie Aiguë

○ LAM ○ LAL

Syndrome myélodysplasique

Syndrome myéloprolifératif

○ LMC ○ Autres SMP

Autres hémopathies

Myélome

Lymphome à grandes cellules

LLC

Autre syndrome lymphoprolifératif/
lymphome

○ B ○ T

TRAITEMENTS RECENTS ET / OU COMMENTAIRES (inclusion dans un protocole...) :



Réservé génétique

Date et heure de réception :

par :

Antécédents cytogénétiques :

Scanné par :

Facturation Cpage par :

A faire pour le :

Remarque :

MetaK	CRK	A	CK	NK	F	MetaF	CRF	CF	NF
ARMK	ARIF	ARFTF	ARBD	ARDCulot	S				