

NOM :  
 NOM de Naissance :  
 Prénom : ou Etiquette SAGAH  
 Date de naissance :  
 NIP : sexe :  
 N° de séjour (NDA) :  
 UF :

**PLATEAU TECHNIQUE DE HAUTEPIERRE**

**POLE DE BIOLOGIE**  
  
 Les Hôpitaux  
 Universitaires  
 de STRASBOURG  
 Date et heure de réception au  
 laboratoire

Prescripteur (nom, prénom, RPPS)

Préleveur (nom, prénom, qualité)

**DEPARTEMENT D'ONCOBIOLOGIE - UF 7365 : STAP BIOLOGIE MOLECULAIRE**  
**ONCOHEMATOLOGIE MOLECULAIRE**

Laboratoire de Biochimie  
 et de Biologie Moléculaire  
 Pr JM LESSINGER

Département d'Oncobiologie  
 Dr A SCHNEIDER

Laboratoire d'Hématologie  
 Pr L MAUVIEUX

Tél secrétariat jusqu'à 16h : 03 88 12 71 79 (27179) - Fax : 03 88 12 84 78 (28478)

**TYPE DE PRELEVEMENT**

Date de prélèvement (JJ/MM/AA)       Heure (hh/mm)

**Veillez acheminer les prélèvements de sang et de moelle avant 14 h (du lundi au vendredi)**

**Pour les examens portant le logo  : prélèvements de sang et de moelle sur glace**

- sang** : 4 tubes EDTA  **moelle** : 1 tube EDTA  
 **liquide** (préciser) : .....  **tissu** (préciser) : .....  congelé  
 paraffine  
 **ADN**  **cDNA**  **culot cellulaire** préciser  sang  moelle  autre : .....

Cadre réservé au laboratoire  
**N° BM:**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

- DIAGNOSTIC  SUIVI  RECHUTE  INDUCTION  CONSOLIDATION  FIN DE TRAITEMENT

SUSPICION D'HEMOPATHIE

Allogreffe en date du : .....

PROTOCOLE : .....

Traitement : .....

si iTK : date J1 = .....

**PRESCRIPTION**

LAL	LAM	SMP	SLP
<b>LAL-T</b>	<b>DIAGNOSTIC</b>	<b>LMC</b>	<b>LNH Folliculaire</b>
<input type="checkbox"/> SIL TAL (del1) 	<input type="checkbox"/> Transcrits selon cytogénétique 	<input type="checkbox"/> BCR-ABL t(9;22) 	<input type="checkbox"/> Bcl2-IgH t(14;18)
<b>LAL-B</b>	<input type="checkbox"/> NPM1	<input type="checkbox"/> Mutation ABL (résistance ITK) 	<b>LNH du Manteau</b>
<b>DIAGNOSTIC</b>	<input type="checkbox"/> FLT3 ITD	<b>Polyglobulie Vraie</b>	<input type="checkbox"/> CCND1 (Cycline D1) 
<input type="checkbox"/> BCR-ABL t(9;22) 	<input type="checkbox"/> FLT3 D835	<input type="checkbox"/> JAK2 (V617F)	<b>L. à Tricholeucocytes</b>
<input type="checkbox"/> Transcrits selon cytogénétique 	<input type="checkbox"/> CEBPa (hors BIG)	<input type="checkbox"/> Panel NGS SMP	<input type="checkbox"/> CCND1 (Cycline D1) 
<b>SUIVI</b>	<input type="checkbox"/> MLL duplication en tandem	<b>Thrombocytémie Essentielle / Myélofibrose</b>	<input type="checkbox"/> BRAF V600E
<input type="checkbox"/> BCR-ABL t(9;22) 	<input type="checkbox"/> IDH1/IDH2 si urgence pré-trt	<input type="checkbox"/> JAK2 (V617F)	<b>LLP / Waldenström</b>
<input type="checkbox"/> E2A-PBX t(1;19) 	<input type="checkbox"/> Panel NGS LAM	<input type="checkbox"/> CALR exon 9	<input type="checkbox"/> MYD88 L265P
<input type="checkbox"/> MLL-AF4 t(4;11) 	<b>SUIVI</b>	<input type="checkbox"/> Panel NGS SMP	<b>DLBCL</b>
<input type="checkbox"/> TEL-AML1 t(12;21) 	<input type="checkbox"/> NPM1 (hors BIG) 	<b>Néoplasie myeloïde/lymphoïde avec éosinophilie</b>	<input type="checkbox"/> RT-MLPA 
<b>CLONALITE</b>	<input type="checkbox"/> PML-RARa t(15;17) 	<input type="checkbox"/> FIP1L1-PDGFRa 	<input type="checkbox"/> Panel NGS DLBCL
<input type="checkbox"/> IgH	<input type="checkbox"/> CBFb-MYH11 (Inv.16) 	<b>SMP inclassables / SMD</b>	<b>LLC</b>
<input type="checkbox"/> IgKappa <input type="checkbox"/> TcRγ	<input type="checkbox"/> AML1-ETO t(8;21) 	<input type="checkbox"/> Panel NGS SMP/SMD	<input type="checkbox"/> Panel NGS LLC dont TP53
<input type="checkbox"/> IgLambda	<input type="checkbox"/> Hyperexpression WT1 	<b>Mastocytose systémique (moelle)</b>	<input type="checkbox"/> Mutations somatiques IgH
	<input type="checkbox"/> Translocations MLL 	<input type="checkbox"/> Panel NGS SMD	
	<b>SMD</b>	<input type="checkbox"/> Panel NGS SMD/SMD	
	<input type="checkbox"/> Panel NGS	<input type="checkbox"/> Panel NGS dont KIT (seuil 5%)	

Cadre réservé au laboratoire  
 Non Conformités :  Identité du patient  Prescription  Echantillon  
 Préciser :