

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
LAL-T	DIAGNOSTIC	LMC	LNH Folliculaire
<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)
LAL-B	<input type="checkbox"/> NPM1	<input type="checkbox"/> Mutation ABL (résistance ITK) 	LNH du Manteau
DIAGNOSTIC	<input type="checkbox"/> FLT3 ITD	Polyglobulie Vraie	LNH du Manteau
<input type="checkbox"/> BCR-ABL t(9;22) 	<input type="checkbox"/> FLT3 D835	<input type="checkbox"/> JAK2 (V617F)	<input type="checkbox"/> CCND1 (Cycline D1) 
<input type="checkbox"/> Transcrits selon cytogénétique 	<input type="checkbox"/> CEBPa (hors BIG)	<input type="checkbox"/> Panel NGS SMP	L. à Tricholeucocytes
SUIVI	<input type="checkbox"/> MLL duplication en tandem	Thrombocytémie Essentielle / Myélofibrose	<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)	LLP / Waldenström
<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) 	SUIVI	<input type="checkbox"/> Panel NGS SMP	DLBCL
<input type="checkbox"/> TEL-AML1 t(12;21) 	<input type="checkbox"/> NPM1 (hors BIG) 	Néoplasie myeloïde/lymphoïde avec éosinophilie	<input type="checkbox"/> RT-MLPA 
CLONALITE	<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) 	<input type="checkbox"/> TEL-PDGFRB 	LLC
<input type="checkbox"/> IgKappa	<input type="checkbox"/> AML1-ETO t(8;21) 	SMP inclassables / SMD	<input type="checkbox"/> Panel NGS LLC dont TP53
<input type="checkbox"/> IgLambda	<input type="checkbox"/> Hyperexpression WT1 	<input type="checkbox"/> Panel NGS SMP/SMD	<input type="checkbox"/> Mutations somatiques IgH
<input type="checkbox"/> TcRγ	<input type="checkbox"/> Translocations MLL 	Mastocytose systémique (moelle)	
	SMD	<input type="checkbox"/> Panel NGS dont KIT (seuil 5%)	
	<input type="checkbox"/> Panel NGS		

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