

Zone obligatoire à remplir par le préleveur		Collet 1 étiquette patient comportant :
Prescripteur :	Préleveur :	N° de séjour :
Téléphone :		Nom usuel :
Incident au cours du prélèvement :		Prénom :
		Date de naissance : Sexe :
		Nom de naissance :
		Service prescripteur :

2022

HCL 604476 CHLS HEMATOLOGIE BIO MOL

Date : Heure : **URGENT**

HEMATOLOGIE: Biologie Moléculaire ☎ 04 78 86 15 15 (04 78 86 41 04 Fax)
Biologistes : pierre.sujobert@chu-lyon.fr / sandrine.hayette@chu-lyon.fr / sarah.huet@chu-lyon.fr

Arrivée du prélèvement au Laboratoire du lundi au vendredi AVANT 17H. Pour les prélèvements du vendredi après-midi accord du laboratoire obligatoire par mail aux biologistes ci-dessus.

- **Prélèvement :** Sang périphérique Moelle Autre (préciser) :
- **Traitement actuel :**
- **Date de mise sous ce traitement :**
- **Protocole :**
- **En cas de greffe : date de greffe: .../.../.....** Autogreffe Allogreffe

Commentaires :

Pour le laboratoire code générique à utiliser : S36450

Hémopathie	Diagnostic	Suivi MRD	Suspicion rechute	Analyse(s) demandée(s) tubes EDTA (bouchon violet ref BD367862)
LMC 4 tubes de sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BCR-ABL détection/quantification <input type="checkbox"/> Mutation de résistance ABL
LAM 1 tube de moelle et 4 tubes de sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bilan moléculaire standard <input type="checkbox"/> panel NGS
LAM 3 1 tube de moelle et 4 tubes de sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PML-RARA
LAL-B 1 tube de moelle et 4 tubes de sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Transcrits de fusion détection/quantification <input type="checkbox"/> Mutation de résistance ABL
MDS LMC 1 tube de moelle et 4 tubes de sang	<input type="checkbox"/> Bilan moléculaire standard (FLT3/IDH) <input type="checkbox"/> IDH			
Mastocytose 1 tube de moelle	<input type="checkbox"/> Mutation exon 17 c-KIT			
SMP 1 tube de sang	<input type="checkbox"/> PGV <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> MFP		<input type="checkbox"/> Mutation JAK2 V617F <input type="checkbox"/> Mutation exon 12_JAK2 (PGV) <input type="checkbox"/> Mutation CALR (TE/MFP) <input type="checkbox"/> Mutation MPL (TE/MFP)	
LLC 4 tubes de sang	<input type="checkbox"/> Statut mutationnel IGH <input type="checkbox"/> Mutation TP53 <input type="checkbox"/> Mutations de résistance Lymphocytose :			
MW (Waldenström) 1 tube de moelle	<input type="checkbox"/> Mutation MYD88			
	<input type="checkbox"/> Panel NGS justification de la demande (à remplir obligatoirement) :			