

## DEMANDE D'EXAMEN EN BIOLOGIE MOLECULAIRE

EMETTEUR : GENETIQUE ONCOLOGIQUE

Praticiens : P. ETANCELIN 02.32.08.29.75 A. PERDRIX 02.76.67.30.28 D. PENTHER 02.32.08.25.12	Laboratoire Biologie Moléculaire : 02-32-08-25-79 Fax : 02-32-08-25-66 Mail : labo.oncogen@chb.unicancer.fr
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NOM et PRENOM DU PATIENT : Nom de Naissance : DATE DE NAISSANCE : Sexe : N° de PATIENT IPP : CONSULTATION <input type="checkbox"/> HOSPITALISATION <input type="checkbox"/>	NOM et PRENOM du MEDECIN PRESCRIPTEUR : Service : Téléphone : IDENTITE PRELEVEUR : FONCTION : DATE ET HEURE PRELEVEMENT :
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**NATURE DU PRELEVEMENT :** Merci de signaler tout risque infectieux particulier ! **Prélèvement à conserver entre 15°C et 37°C**  
 Sang <sup>(1) (2)</sup>       Moelle <sup>(1)</sup>       Autre : .....

(1) Sauf prescription particulière : TUBES EDTA (violet). (2) Sauf prescription particulière : 10cc

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**  Diagnostic initial     Suivi     Protocole/traitement : .....

### INDICATION / EXAMENS DEMANDES :

- |                                                                      |                                                                        |                                                             |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>LMC</b>                                  | <input type="checkbox"/> <b>LAM</b>                                    | <input type="checkbox"/> <b>LAL</b>                         |
| 9-22 <input type="checkbox"/> Transcrit BCR-ABL t(9;22)              | FLT3 <input type="checkbox"/> Duplication FLT3                         |                                                             |
| 1-19 <input type="checkbox"/> Transcrit PBX1-E2A t(1;19)             | 15-17 <input type="checkbox"/> Transcrit PML-RAR $\alpha$ t(15;17)     |                                                             |
| 4-11 <input type="checkbox"/> Transcrit MLL-AF4 t(4;11)              | 8-21 <input type="checkbox"/> Transcrit AML1-ETO t(8;21)               |                                                             |
| 12-21 <input type="checkbox"/> Transcrit TEL-AML1 t(12;21)           | Inv16 <input type="checkbox"/> Transcrit CBFB-MYH11 inv(16)            |                                                             |
| DEL1 <input type="checkbox"/> Transcrit SIL-TAL del(1p)              | WT1 <input type="checkbox"/> Expression WT1 (LAM)                      |                                                             |
| HOX11 <input type="checkbox"/> Hyper Expression HOX11                | NPM1 <input type="checkbox"/> <u>Maladie résiduelle</u> NPM1           |                                                             |
| LAL <input type="checkbox"/> Mutations LAL                           | MUT-LAM <input type="checkbox"/> Mutations LAM                         |                                                             |
| <input type="checkbox"/> <b>SMP</b>                                  |                                                                        |                                                             |
| JAK2 <input type="checkbox"/> Mutation JAK2 V617F                    | FIP1 <input type="checkbox"/> FIP1L1-PDGFR $\alpha$                    |                                                             |
| CALR <input type="checkbox"/> Calréticuline*                         | JAK2 <input type="checkbox"/> Autres Mutations JAK2*                   |                                                             |
| MPL <input type="checkbox"/> Mutations MPL*                          | MUT-ABL <input type="checkbox"/> Mutation ABL                          |                                                             |
| <input type="checkbox"/> <b>LNH</b>                                  | <input type="checkbox"/> <b>Hodgkin</b>                                | <input type="checkbox"/> <b>Syndrome Lymphoprolifératif</b> |
| 14-18 <input type="checkbox"/> Réarrangement BCL2-JH t(14 ;18)       | IGH <input type="checkbox"/> Réarrangement locus IGH*                  |                                                             |
| 11-14 <input type="checkbox"/> Réarrangement BCL1-JH t(11 ;14)       | TCR <input type="checkbox"/> Réarrangement locus TCR*                  |                                                             |
| MYD88 <input type="checkbox"/> Mutation de MYD88*                    | CD1 <input type="checkbox"/> Hyperexpression Cycline D1                |                                                             |
| QMPSF <input type="checkbox"/> QMPSF LLC                             | MUT-IGH <input type="checkbox"/> Statut mutationnel IGH LLC            |                                                             |
| MUT TP53 <input type="checkbox"/> Mutation TP53*                     | BRAF <input type="checkbox"/> Mutation BRAF V600                       |                                                             |
| <input type="checkbox"/> <b>SUIVI DE GREFFE</b>                      |                                                                        |                                                             |
| ALBMR <input type="checkbox"/> Bilan Pré Allogreffe Receveur (>20ml) | CHIM <input type="checkbox"/> Chimérisme Post Allogreffe total         |                                                             |
| ALBMD <input type="checkbox"/> Bilan Pré Allogreffe Donneur (>20ml)  | CHIM2 <input type="checkbox"/> Chimérisme Post Allogreffe trié (>30ml) |                                                             |
| <input type="checkbox"/> <b>Syndrome myélodysplasique</b>            |                                                                        |                                                             |
| ASXL1 <input type="checkbox"/> Statut mutationnel ASXL1*             | SMD <input type="checkbox"/> Autres mutations (à préciser).....        |                                                             |
| <input type="checkbox"/> <b>autres</b> (préciser indication) : ..... |                                                                        |                                                             |
| BRAF <input type="checkbox"/> Mutation BRAF V600                     | <input type="checkbox"/> Autres mutations (à préciser).....            |                                                             |
| <input type="checkbox"/> ADN Banque                                  | <input type="checkbox"/> ARN Banque                                    | <input type="checkbox"/> Sérum / Plasma                     |

**NB :** En l'absence de renseignements cliniques, les analyses marquées d'une \* ne seront pas réalisées.

Un formulaire de non opposition à la conservation des échantillons est OBLIGATOIRE pour la conservation de tout échantillon biologique

Le laboratoire reçoit les prélèvements du lundi au vendredi de 9h à 17h30 (pas de réception les samedis / dimanches).

Cadre réservé au laboratoire : Etiquette de réception :	Précisions :
<i>NB : la traçabilité de la réception est assurée par le SGL</i>	

Pour les modalités de prélèvement, se référer au MANUEL DE PRELEVEMENT VISKALI disponible sur internet. Un consentement est OBLIGATOIRE pour la conservation de tout échantillon biologique. Merci de le fournir avec cette demande