



Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application	Date limite de validité
IMPRIME	004	IM-GEN 022	11	20/11/2017	20/11/2020

**DEMANDE D'EXAMEN EN BIOLOGIE MOLECULAIRE**

EMETTEUR : GENETIQUE ONCOLOGIQUE

<b>Praticiens : P.ETANCELIN 02-32-08-29-75</b> <b>M. BECKER 02-32-76-30-70</b> <b>D. PENTHER 02-32-08-25-12</b>	<b>Principalat : 02-32-08-25-77</b> <b>Laboratoire Biologie Moléculaire : 02-32-08-25-79</b> <b>Fax : 02-32-08-25-66</b> <b>Mail : labo.oncogen@chb.unicancer.fr</b>
---	---

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

**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-RARα 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-PDGFRα	
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).

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

Pour les modalités de prélèvement, se référer au MANUEL DE PRELEVEMENT du laboratoire. Un consentement est OBLIGATOIRE pour la conservation de tout échantillon biologique. Merci de le fournir avec cette demande.  
 Les recommandations pré analytiques sont rappelées au verso de cet imprimé.

 CENTRE HENRI BECQUEREL NORMANDIE ROUEN	Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application	Date limite de validité
	IMPRIME	004	IM-GEN 022	11	20/11/2017	20/11/2020
<b>DEMANDE D'EXAMEN EN BIOLOGIE MOLECULAIRE</b>						
EMETTEUR : GENETIQUE ONCOLOGIQUE						

## RECOMMANDATIONS PRE-ANALYTIQUES

**Le manuel de prélèvement (DD-GEN 019), le formulaire de consentement à la conservation des échantillons (IM-CHB 002) et la fiche de renseignements pour la prise en charge des SMP (IM-GEN 094 sont disponibles sur intraNet et extraNet)**

1. **Identito-vigilance** : vérifier l'exactitude des données inscrites sur les étiquettes (nom marital, nom de jeune fille, prénom et date de naissance). Les tubes doivent être étiquetés par le préleveur lui-même, au moment du prélèvement.
2. **Identification de l'ordonnance ET des échantillons** : s'assurer que l'ordonnance et tous les échantillons portent une étiquette identique.
3. **Identification de la nature de l'échantillon** : s'assurer que l'origine du prélèvement est correctement renseignée. (norme NF EN ISO 15189).
4. **Identification univoque du prescripteur** : Nom et prénom du prescripteur afin de pouvoir transmettre les résultats (norme NF EN ISO 15189)
5. **Identification du préleveur** : mentionner vos nom / prénom ET votre fonction à des fins de traçabilité réglementaire (norme NF EN ISO 15189).
6. **Date et heure de prélèvement** : mentionner précisément la date ainsi que l'heure de prélèvement (norme NF EN ISO 15189).
7. **Renseignements cliniques** : mentionner la pathologie, éventuellement le traitement.
8. **Conditionnement** : Il ne doit y avoir qu'un seul type de prélèvement et un seul bon, isolé du prélèvement, par sachet (cytogénétique et biologie moléculaire ne doivent pas être mélangés, sang et moelle ne doivent pas être mélangés)
9. **Délai de transmission et conditions d'acheminement** : tous les examens sont à acheminer le plus rapidement possible (recommandation <24h) au laboratoire à entre 15°C et 37°C.

NB : Respect de l'accord Européen relatif au transport des marchandises dangereuses par route.

10. **Formulaire de consentement à la conservation des échantillons** : cf manuel de prélèvement Ce formulaire est disponible sur le site internet du Centre Henri Becquerel (espace CHB pro/Laboratoires). Merci de le fournir avec cette demande.

**Le laboratoire inscrira dans les comptes rendus adressés au prescripteur les non-conformités relatives aux points cités ci-dessus.**