

 SERVICE DE CYTOGENETIQUE MEDICALE CHU ESTAIN Tel : 04 73 750 703 / 50 712 Fax : 04 73 750 704	Etiquette patient	Etiquette UF Date du prélèvement : Heure : Préleveur : Prescripteur :
---	--	---

CYTOGENETIQUE ONCO-HEMATOLOGIQUE

TYPE DE PRELEVEMENT ☐ Sang ☐ Moelle ☐ Ganglion (milieu de transport spécifique ou sérum physiologique) ☐ Liquide d'épanchement : ☐ LCR (tube transparent) ☎ après accord du service ☐ Autre préciser :	tubes héparine Li ou Na sans gel <u>CYTOGENETIQUE</u> ☐ Caryotype (milieu de transport spécifique ou héparine) ☐ FISH <u>RECHERCHE DE TRANSCRITS</u> ☐ BCR::ABL1 ☐ TEL-PDGRFB (ETV6::PDGFRB) ☐ AML1-ETO (RUNX1::RUNX1T1) ☐ CBFB::MYH11 ☐ FIP1L1::PDGFRA ☐ PML::RARA ☐ STIL::TAL1 ☐ DEK::NUP214 ☐ TEL-AML1 (ETV6::RUNX1) ☐ E2A-PBX1 (TCF3::PBX1) ☐ MLL-AF4 (KMT2A::AFF1) ☐ MLL-ENL (KMT2A::MLLT1) ☐ MLL-ELL (KMT2A::ELL) ☐ MLL-AF9 (KMT2A::MLLT3) ☐ MLL-AF6 (KMT2A::AFDN) ☐ MLL-EPS15 (KMT2A::EPS15) ☐ MLL-AF10 (KMT2A::MLLT10) ☐ EWS-FLI1 (EWSR1::FLI1) ☐ Bilan Neuroblastome (DCX, PHOX2B, TH) ☐ Sécurisation <u>MUTATIONS ASSOCIEES AUX LAM</u> ☐ diagnostic ☐ suivi ☐ rechute ☐ NPM1 ☐ FLT3-ITD ☐ FLT3-TKD <u>AUTRES MUTATIONS</u> ☐ Panel lymphoïde NGS (y compris mutation TP53) ☐ mutation TP53 (technique Sanger) ☐ mutation du domaine kinase de BCR::ABL1 (recherche de résistance aux ITK)
--	--

tubes EDTA

☐ **MYD88** mutation L265P
☐ **Chimérisme** date de greffe (J0) :

INDICATION (à compléter impérativement) ☐ <u>diagnostic</u> ☐ <u>suivi</u> ☐ Syndrome MyéloProlifératif ☐ LMC ☐ Polyglobulie primitive ☐ Myélofibrose ☐ Thrombocyémie essentielle ☐ Hyperéosinophilie ☐ Aplasie Médullaire ☐ Syndrome MyéloDysplasique ☐ Cytopénie ☐ Leucémie Aigüe Myéloblastique ☐ Leucémie Aigüe Lymphoblastique ☐ LLC ☐ Lymphome B ☐ Maladie de Waldenström / LZM ☐ Lymphome du manteau ☐ Lymphome folliculaire ☐ Lymphome de Burkitt ☐ LBGC ☐ Autre : ☐ Gammapathie monoclonale à IgM <i>Les myélomes ne sont pas pris en charge ; voir le catalogue des examens du laboratoire</i> ☐ Lymphome T / SLP T ☐ Tumeur ☐ Sarcome d'Ewing ☐ Neuroblastome ☐ Vessie ☐ Gliome ☐ Autre (préciser)	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES complémentaires
---	---

Reçu :	Réservé au laboratoire
Le à par	Validé le à par