



**Institut de Génétique Médicale**  
**PRESCRIPTION Cytogénétique Oncohématologique**

SIL-FE-LGM-102 page 1/1  
 V3 Mai 2024  
 MOLIS : **CYTOG**

**Secrétariat:** Tel : 03.20.44.40.18 – Fax : 03.20.44.68.04 - **Catalogue des analyses :** <https://biologiepathologie.chu-lille.fr/>

Date de Prélèvement : ..... / ..... / ..... Heure de prélèvement : ..... : .....

Nom du préleveur : .....

NOM (Marital) complet du patient : .....

PRENOM Complet du Patient : .....

SEXE : F  M  Date de naissance : ..... / ..... / .....

Centre demandeur : ..... Service/ Code UF : .....

Médecin prescripteur : ..... Téléphone : .....

*Etiquette patient*

**Type de prélèvement :**

- Moelle (Tube Héparine) (CIRUS : CONCMO)     Moelle (Tube EDTA)  
 Sang (Tube Héparine) (CIRUS : CONCSG)     Sang (Tube EDTA)  
 Ganglion (milieu RPMI) (CIRUS : CONCGG)  
 Autre (*préciser*) : .....

(CIRUS : liquides divers CONCLD, tissus divers CONCGG)

**Transport et stockage à température ambiante  
 (vendredi & veille jour férié : +4°C)**

**Numération formule sanguine :**

- GB : ..... Hb : ..... Plaquettes : .....  
 PNN : ..... Eo : ..... Baso : .....  
 Lymphocytes : ..... Monocytes : .....  
 Myélémie : ..... Blastes : .....

**Stade de la maladie :**

(Indispensable pour la bonne exécution de l'examen)

- Suspicion**             **Diagnostic avéré**  
 **Suivi**                     **Rechute**  
 **Post-greffe (CSH) :** Sexe du donneur :     M             F

*Pour toute analyse, merci de joindre **impérativement** les résultats suivants :*

- NFS
- Myélogramme
- Examens complémentaires (cytométrie en flux, biologie moléculaire)

**INDICATION (à renseigner obligatoirement) :**

- Leucémie aiguë myéloblastique (LAM)                     Syndrome myélodysplastique (SMD)  
 Leucémie aiguë lymphoblastique (LAL)                     Syndrome hyperéosinophilie (SHE)  
 Leucémie myéloïde chronique (LMC)                     Leucémie lymphoïde chronique (LLC)  
 Syndrome myéloprolifératif (SMP)                     Lymphome non hodgkinien (LNH)  
 Autres : .....

**ANALYSE(S) DEMANDEE(S) :**

- CONGELATION SEULE** (culot cytogénétique conservé)  
 **CARYOTYPE CONVENTIONNEL** (tube hépariné)  
 **HYBRIDATION In Situ (FISH)** (tube hépariné)  
 **CARTOGRAPHIE OPTIQUE DU GENOME (BIONANO®)**  
 (tube EDTA)

Traçabilité des contrôles - Analyses Ext			
Débal		C Admi	
Etique		C Ana	
Décant			

**Information(s) clinique(s) / traitement(s) en cours :**

.....  
 .....  
 .....