Centre de Biologie et de Recherche en Santé

2 avenue Martin Luther King - 87042 LIMOGES Cedex

EXAMENS HEMATOLOGIQUES SPECIALISES - ORDONNANCE MEDICALE

Chef de service : Pr. J.Feuillard

Laboratoire du CHU de Limoges

Date de prélèvement
JOUR ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 ☐11 ☐12 ☐13 ☐14 ☐15 ☐16 ☐17 ☐18 ☐19 ☐20 ☐21 ☐22 ☐23 ☐24 ☐25 ☐26 ☐27 ☐28 ☐29 ☐30 ☐31
MOIS ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 ☐11 ☐12

Heure de prélèvement
HEURE ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 ☐11 ☐12 ☐13 ☐14 ☐15 ☐16 ☐17 ☐18 ☐19 ☐20 ☐21 ☐22 ☐23
MINUTES ☐00 ☐05 ☐10 ☐15 ☐20 ☐25 ☐30 ☐35 ☐40 ☐45 ☐50 ☐55

☐ RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

☐ Diagnostic : .....

CYTOLOGIE Poste : 51093/47206

☐ 3250 Adénogramme
☐ 3106 Cytologie LCR
☐ 3107 Cytologie Liq.pleural
☐ Cytologie Liq.Ascite
☐ Autre liquide biologique
☐ Empreinte de BOM
☐ Acanthocyturie

ETUDE DE L'HEMOGLOBINE, Tube mauve Poste : 51110/47266

☐ Electrophorèse hémoglobine (1 tube)
Origine : .....
Bilan martial :.....
☐ Etude génétique de l'hémoglobine (2 tubes EDTA 5ml)
Consentement avec attestation de consultation
Suivi drépanocytose HbS (1 tube)
☐ Avant ☐ Après transfusion

CYTOMETRIE EN FLUX Sur rendez-vous poste : 51109/47268

☐ Sang (1 Tube mauve + 1 Tube vert foncé)
☐ ganglion ☐ LCR ☐ Liquide
☐ Hémopathie lymphoïde B dépistage
☐ Hémopathie lymphoïde T dépistage
☐ Hémopathie lymphoïde B suivi
Type de lymphome :.....
☐ Hémopathie lymphoïde T suivi
Type de lymphome :.....
☐ Plasmocytes
☐ Leucémie aiguë
☐ Clone HNP (sang)
☐ LMMC (monocytes sanguins CD16+)
☐ MRD LLC post-allo (envoi Pitié)
☐ Sepsis (mono,sous populations IG)

hémopathiesT: renseignements pertinents obligatoires

THERAPIE CELLULAIRE - Poste : 52082

☐ Numération CD34 (1 tube mauve)
☐ Biothèque receveur (3 tubes mauves)
☐ Biothèque donneur (3 tubes mauves)
☐ Photophérèse volume :.....ml

☐ Autres Analyses : .....
.....

Non conformité - Réservé au laboratoire
☐ Presc ☐ Echant ☐ Ident Echant
☐ Cond ☐ Ache ☐ Mineures

CYTOGENETIQUE poste : 52081/47205 1 tube héparine 7 ml

☐ Cytogénétique de LLC, Lymphome, P53
☐ Cytogénétique SMP / Myélofibrose

BIOLOGIE MOLECULAIRE poste : 51110/47266 3 Tubes EDTA 7 ml

☐ Recherche au Diagnostic de transcrits/mutations dans les LAM ou LAL

☐ Etude de la MALADIE RESIDUELLE (transcrits RQ-PCR)

Transcrits dans les LMC t(9;22)
☐ Recherche de transcrits BCR-ABL
☐ Suivi du transcrit BCR-ABL (RQ-PCR)

Transcrits/Mutations dans les SMP
☐ Recherche de Mutations, suivi JAK2, CalR et MPL

+ 3 tubes EDTA (sous-traitance)

☐ Recherche de mutation par NGS
☐ Lymphome B / LLC ☐ Myéloide / LNH T

CLONALITES
☐ B seul ☐ T seul ☐ B et T

GENETIQUE LNH
☐ Recherche hyperexpression Cycline D1
☐ Suivi transcrit Cycline D1
☐ Recherche du Réarrangement IGH-BCL2
☐ Suivi du Réarrangement IGH-BCL2
☐ MYD88 ☐ Autres:.....

GENETIQUE LLC
☐ Mutations somatiques des gènes IGHV

GENETIQUE CONSTITUTIONNELLE
1 tube mauve et consentement obligatoire
Hémostase
☐ Mutation V LEIDEN
☐ Mutation II LEIDEN
☐ Mutation C677 MTHFR
☐ Autres mutations : .....
Prédisposition Myéloïdes
Type de prélèvement:.....
☐ NGS ☐ SANGER

HEMOSTASE Tube bleu 2,7 mL Poste : 51062/47210
4 TUBES MAXIMUM quelque soit le nombre d'analyses
TCA TP FIB déja inclus dans les bilans spécialisés

Traitement anticoagulant
☐ NON *Sur tube CTAD* ☐ Orgaran® (Danaparoide)
☐ Héparine ☐ Xarelto® (Rivaroxaban)
☐ HBPM ☐ Pradaxa® (Dabigatran)
☐ AVK ☐ Eliquis® (Apixaban)
☐ Arixtra ☐ Lixiana® (Edoxaban)
Si injection de facteur: spécialité.....
posologie..... date.....
☐ Oestroprogestatifs ☐ Grossesse:.....

☐ **3306 ACC Anticoagulant circulant type APL (4 tubes) =**
Comprend:TCA-TP-Fibrinogène-TT-Test Mélange-DRVV
☐ **Exploration TCA allongé (4 tubes) =**
Comprend:TP-TCA-Fib-TT-FacteursVIII-IX-XI-Test mélange

si urgent tél 47210/48228

☐ **Bilan de Willebrand (4 tubes) =**
Comprend :TCA-TP-FIB-Cofact.Ristocétine-Ag-FacteurVIII
☐ 3506 Facteur VIII ☐ 3508 Facteur XI
☐ 3507 Facteur IX ☐ 3509 Facteur XII
☐ 3512 Facteur XIII (envoi Bordeaux)
☐ **3329 Anti Facteur (4 Tubes) Nom du Facteur: .....**
☐ Test à l'Octim® (sur rendez-vous)
☐ Test au Minirin® (sur rendez-vous)
☐ Durée de vie Facteur (sur rendez-vous)
Nom du Facteur injecté (spécialité) : .....
☐ **3415 Bilan de thrombophilie (4 tubes) comprend =**
TP-TCA-TT-Fib-AT-FVIII-Protéines C-S et ACC
Date de la thrombose :..../...../.....
Type de thrombose : .....
☐ 3307 Antithrombine (AT) ☐ Protéine C (PC)
☐ 3311 Protéine S (PS)
☐ 3315 Plasminogène (envoi Bordeaux)

FONCTIONS PLAQUETTAIRES sur RDV poste : 51062-47210-48228 tube citraté 2.7 ml PAS DE CTAD et PAS DE PNEUMATIQUE

☐ 3414 PFA (1 tube citraté)(sans RDV de 8h à 16h)
☐ 3314 Agrégation plaquettaire (6 tubes citratés)
☐ 3328 CMF=Glycoprotéines plaquettaires (1tube citraté)
☐ 3319 Agrégation Ristocétine RIPA (4 tubes citratés)
☐ STic TIH Ac anti-PF4 Héparine (1 tube Sec)
☐ Ac Anti-PF4 héparine (4 tubes citratés)
Traitement antiagrégant
☐ OUI : ..... ☐ NON
☐ Nbre Tubes COAG :..... ☐ Pneumatique
☐ Purge **1 tube Neutre translucide**

Nom du préleveur :

Nom du prescripteur :

ETIQUETTE PATIENT

ETIQUETTE SERVICE

RESERVE AU LABORATOIRE

Centre de Biologie et de Recherche en Santé
2 avenue Martin Luther King - 87042 LIMOGES Cedex

EXAMENS HEMATOLOGIQUES SPECIALISES - ORDONNANCE MEDICALE

Chef de service : Pr. J.Feuillard

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE A DES FINS MEDICALES

(Conformément aux décret du 04/04/ 2008, arrêté du 27/05/2013, arrêté du 08/12/2014, articles L.1111-2, L.1131-1-2, L.6211-2, R 1131-4, R 1131-5 du code de la santé publique)

- 1 EXEMPLAIRE à compléter et à renvoyer au laboratoire avec le prélèvement
- 1 COPIE à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION D'INFORMATIONS

Je soussigné(e)……**Docteur en Médecine, Service** ……
ou **conseiller(ère) en génétique**(1), sous la responsabilité du **Dr**……
*atteste avoir reçu en consultation le (la) patient(e) sous nommé(e).
*certifie avoir informé le (la) patient(e) :

- des spécificités de la maladie recherchée(1), la susceptibilité à la maladie(1) ou à un traitement médicamenteux(1);
- des possibilités de prévention, de traitement et de diagnostic prénatal;
- des finalités (diagnostic, étude familiale), des limites (limites des techniques et des connaissances) et du degré de fiabilité de l'analyse génétique;
- du risque de n'avoir aucun résultat;
- du risque éventuel d'identification de caractéristiques génétiques sans relation directe avec la prescription;
- des modalités de communication des résultats, y compris des délais probables;
- des conséquences familiales du résultat de l'examen génétique.

* en cas de diagnostic d'une anomalie génétique responsable d'une maladie grave susceptible de mesure de prévention, certifie avoir prévenue le (la) patient(e),

- de l'importance d'informer la parentèle potentiellement concernée;
- de l'importance de communiquer le résultat au responsable du centre d'assistance médicale à la procréation si la personne a fait un don de gamètes ou d'embryons.

*et avoir recueilli son consentement de manière libre et éclairée.

Fait à ……
le ……

Signature et nom du médecin
ou du (de la) conseiller(ère) en génétique

CONSENTEMENT

Je soussigné(e) Mme, M(1)……né(e) le ……
représentant légal de l'enfant mineur ou de la personne majeure sous tutelle(1)
Nom, Prénom : ……né(e) le……
reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension des analyses et examens des caractéristiques génétiques à des fins médicales qui seront réalisés. **Les examens demandés et les indications sont mentionnés au recto.**

* **Je consens au prélèvement qui sera effectué chez moi, chez mon enfant mineur, chez mon fœtus ou chez une personne majeure sous tutelle**(1)
* Je souhaite que les résultats me soient communiqués par le médecin prescripteur. En cas de refus, cocher ici ☐ NON
* J'autorise la conservation de matériel biologique pour d'éventuelles analyses ultérieures en fonction des nouvelles connaissances et des évolutions techniques. En cas de refus, cocher ici ☐ NON
* Je souhaite être informé(e) des caractéristiques génétiques sans relation directe avec le motif de la prescription. En cas de refus, cocher ici ☐ NON

Je m'engage en cas de diagnostic d'une anomalie génétique responsable d'une maladie grave,

- à communiquer les résultats aux membres de ma famille,
- ou à en faire la demande auprès du prescripteur.

Fait à ……
le ……

Signature du patient majeur,
du représentant légal du mineur
ou du tuteur de la personne majeure

Ces analyses seront réalisées dans un établissement public de santé ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé à les pratiquer.

Conformément à la loi, le résultat ne sera adressé qu'au(x) prescripteur(s).

(1) – Rayer les mentions inutiles

PBH PREA 0046 B