ETIQUETTE PATIENT IPP	ETIQUETTE UH ETABLISSEMENT Service prescripteur	ETIQUETTE Code APH MEDECIN PRESCRITEUR	ETIQUETTE Code APH PRELEVEUR
OBLIGATOIRE ou	*OBLIGATOIRE*	*OBLIGATOIRE ou*	*OBLIGATOIRE ou*
IPP : Nom : Prénom : DDN :		NOM : Prénom : Code APH :	NOM : Prénom : Code APH :

HOPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS-SEINE-SAINT-DENIS - HOPITAL AVICENNE
Service d'HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE - Pr F.BARAN-MARSZAK - Secteur de GENETIQUE SOMATIQUE
Dr Carole FLEURY 01.48.95.59.29 Dr Grégory LAZARIAN 01.48.95.56.41 Dr Giulia TUEUR 01.48.95.56.45
carole.fleury@aphp.fr gregory.lazarian@aphp.fr giulia.tueur@aphp.fr

Réf: 1GS1-V1-2025

Téléphone du prescripteur : ..... (OBLIGATOIRE)

ETIQUETTE LABO

DATE de prélèvement : ☐☐ ☐☐ ☐☐ (J J M M A A)

H. de prélèvement : ☐☐ ☐☐ (H H M M)

☐ **Pas de résult@ts dans Cyberlab**

☐ NC Médecin
☐ NC Préleveur
☐ NC Prescription

■ *Merci de noircir les cases stylo NOIR ou BLEU*

GENETIQUE SOMATIQUE EN HEMATOLOGIE (Cytogénétique et Biologie moléculaire)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à renseigner impérativement)

DIAGNOSTIC :

☐ LAM
☐ LAL
☐ SMD
☐ LMC
☐ SMP (PV/TE/MF)
☐ Hyperéosinophilie
☐ LLC
☐ LNH : .....
☐ Autre (à préciser) : .....

STADE DE LA MALADIE :

☐ Diagnostic
☐ Progression
☐ Bilan pré-thérapeutique
☐ Rechute

TRAITEMENT : .....

ALLOGREFFE : ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, sexe du donneur : ☐ F ☐ M

CYTOGENETIQUE

PRELEVEMENT

☐ Sang *(5 tubes héparine 5 ml)*
☐ Moelle *(1 tube milieu de transport ou 1 tube héparine)*
☐ Autre : .....
☐ Coupes tissulaires déparaffinées *(à transmettre par le service d'anatomopathologie)*
Origine à préciser : .....

☐ **Caryotype**

FISH sur culot de cytogénétique
☐ TP53
☐ Autre (à préciser) : .....

FISH sur coupes tissulaires
☐ MYC
☐ BCL2
☐ BCL6
☐ Autre (à préciser) : .....

Tournez la page S.V.P.

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

Tubes reçus Violet : ☐ Vert : ☐ Autre : ☐ **Initiales:** ☐

Identification d'une non-conformité critique:

Cocher la case non-conformité critique sous le code à barres et indiquer la nature de cette non-conformité

☐ Pvt(s) non étiqueté(s) ☐ Discordance pvt/feuille ☐ Quantité insuf.
☐ Pvt(s) manquant(s) ☐ Nature pvt(s) non conforme ☐ Pvt(s) coagulé(s)

☐ **Non-conf cyto** ☐ **Non-conf BM** ■ ***Merci de noircir les cases stylo NOIR ou BLEU*** ***Réf :1GS2-V1-2025***

BIOLOGIE MOLECULAIRE

PRELEVEMENT (remplir une feuille de demande par prélèvement)

☐ Sang *(2 tubes EDTA de 7 ml)*
☐ Sang pour extraction d'ADN circulant *(1 tube Paxgene)*
☐ Moelle *(1 tube EDTA 0.5 à 1 ml)*
☐ Liquide de ponction *(1 tube sec ou EDTA)*
Nature à préciser : .....
☐ Biopsie cutanée fraiche *(à transmettre en carboglace ou azote liquide)*
☐ Biopsie en paraffine (10 copeaux minimum)
Nature à péciser : .....
☐ Autre : .....

Syndromes lymphoprolifératifs

Clonalité lymphoïde : ☐ B ☐ T

☐ Réarrangement IGH-BCL2
☐ Expression de la cycline D1
☐ Transcrit API2-MALT1
☐ Mutation IGLV3-21 R110

Séquençage à haut débit

Joindre OBLIGATOIREMENT le consentement signé

Liste des gènes et consentements disponibles sur Viskali ***(https://hupssd.manuelprelevement.fr)***

☐ ***Statut mutationnel IGHV***

☐ ***Panel lymphoïde restreint (10 gènes):***
- ☐ *TP53*
- ☐ *MYD88, CXCR4*
- ☐ *BRAF*
- ☐ *STAT3, STAT5B*
- ☐ *RHOA*

Mutations de résistance
- ☐ *BTK, PLCG2 (ibrutinib, acalabrutinib, zanubrutinib)*
- ☐ *BCL2 (venetoclax)*

☐ ***Panel LLC (15 gènes)***

☐ ***Panel lymphoïde étendu (90 gènes):***
Caractérisation moléculaire des syndromes lymphoprolifératifs / lymphomes T, B et NK

Leucémie myéloïde chronique (LMC)

☐ Recherche de transcrit BCR-ABL au diagnostic
☐ Suivi de la maladie résiduelle M BCR-ABL

Syndromes myéloprolifératifs non LMC

☐ Recherche de mutation JAK2 V617F
☐ Recherche de mutation CALR/MPL

Leucémie aigüe lymphoblastique (LAL)

☐ Recherche de transcrit BCR-ABL au diagnostic

Réservé au laboratoire

Numération GB :..... % Lymphocytes :.....

☐ **TK** ☐ **Bio**

Pré-analytique :

☐ *Prélèvement total*
☐ *FICOLL:* ☐ *PBMC* ☐ *Culot PNN*
☐ *Lymphocytes B purifiés*

Extraction :

☐ *ADN* ☐ *ARN* ☐ *ADN circulant*
☐ **Congélation seule**
☐ **Non conformité**