

Bon de demande Onco-Hématologique

Cytogénétique / Biologie Moléculaire et Typage immunologique (CMF)

PATIENT-E

Nom :
 Nom de Naissance :
 Prénom :
 Date de Naissance : / /
 Adresse :
 Sexe : ☐ F ☐ H

FACTURE

N°S.S :
 Régime : Dept : Centre :
 Mutuelle :
 Facturation : ☐ Acte HN ☐ Patient ☐ Clinique
☐ Autre :

ÉTABLISSEMENT PRESCRIPTEUR

Service :
 Date de la demande : / /

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Docteur :
 Adresse :
 Tél. : Fax :

MERCI DE JOINDRE L'ORDONNANCE ASSOCIÉE

ANALYSES DEMANDÉES ET PRÉLÈVEMENTS

CYTOLOGIE MÉDULLAIRE - Frottis médullaire (4 lames)

Statut : ☐ Diagnostic ☐ Suivi ☐ Rechute
☐ Myélogramme
☐ Coloration de PERLS

**JOINDRE : LES
RÉSULTATS DE LA NFS**

Indications :

CYTOGÉNÉTIQUE - Sang périphérique (1 tube Héparine sans gel) - Moelle osseuse (1 tube Héparine / A milieu de transport RPMI)

Statut : ☐ Diagnostic ☐ Suivi ☐ Rechute
☐ Caryotype
☐ FISH (Préciser) :

**JOINDRE : LES RÉSULTATS DE LA NFS ET/OU
MYÉLOGRAMME ET/OU IMMUNOPHÉNOTYPAGE**

CONTEXTE CLINICO-BIOLOGIQUE

☐ Cytopénie
☐ LAL
☐ LAM
☐ SLP B
☐ SLP T
☐ Lymphome :
 Préciser :
☐ Hyperéosinophilie
☐ SMD
☐ SMP
☐ SMD/SMP
☐ Myélome
☐ Autre :

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE Sang périphérique (2 tubes EDTA)

☐ BCR-ABL qualitatif
 (diagnostic)
☐ BCR-ABL quantitatif (suivi)
☐ CALR, MPL, JAK2 (Exon 12)
☐ JAK V617F

☐ MYD88
☐ TP53
☐ BRAF
☐ CKIt
☐ Autre :
 Préciser :

TYPAGE IMMUNOLOGIQUE Sans périphérique (1 tube EDTA ou Héparine) Moelle osseuse (1 tube EDTA ou Héparine)

☐ CD3/CD4/CD8
☐ CD3/CD4/CD8/CD16/CD19/CD56 (TBNK)
☐ Immunophénotypage des hémopathies malignes
 Préciser :

CADRE RÉSERVÉ AU PLATEAU TECHNIQUE

Date de Réception : / / Heure : / Initiales : Conformité : ☐ Oui ☐ Non