

Examen urgent

OUI

NON

PPT-X-006-V02 - Octobre 2017

PATIENT

NOM		Adresse	
Prénom			
Nom de naissance		Code Postal	
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ville	
Date de naissance	__/__/____	téléphone	__ - __ - __ - __ - __

Médecin Prescripteur

NOM		Téléphone	__ - __ - __ - __ - __
Prénom		Fax	__ - __ - __ - __ - __
Adresse		CP ____	Ville

NATURE DU PRELEVEMENT

Nombre de tubes:	Volume total :	ml	<input type="checkbox"/>	Sang
Date du prélèvement : __/__/____			<input type="checkbox"/>	Moelle osseuse
Heure du prélèvement: __ h __ min			<input type="checkbox"/>	Apposition
Lieu du prélèvement:			<input type="checkbox"/>	Autre:
Précisions:				

INDICATION DU PRELEVEMENT

<input type="checkbox"/> Leucémie Aiguë Myéloblastique (LAM) de type :	<input type="checkbox"/> Leucémie Lymphoïde Chronique
<input type="checkbox"/> Leucémie Aiguë Lymphoblastique (LAL) de type :	<input type="checkbox"/> Myélome
<input type="checkbox"/> Leucémie Myéloïde chronique (LMC)	<input type="checkbox"/> Lymphome Malin Non Hodgkinien (LMNH), préciser:
<input type="checkbox"/> HyperEosinophilie	<input type="checkbox"/> Autres syndromes Lymphoprolifératifs, préciser:
<input type="checkbox"/> Syndrome Myéloprolifératif (autre):	<input type="checkbox"/> Autre, préciser:
<input type="checkbox"/> Syndrome Myélodysplasique / Cytopénie:	

Stade:	<input type="checkbox"/> Diagnostique	<input type="checkbox"/> Suivi	<input type="checkbox"/> Rechute	<input type="checkbox"/> Allogreffe	Sexe donneur: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
--------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---

Dernière Numération

Date:	Hb:	g/l	Plaquettes:	
GB: G/L PN: %	Eo: %	Baso: %	Mono: %	Lympho: %
Myélémie:	Blastes:		Autres cellules:	

NATURE DU PRELEVEMENT et de L'ANALYSE GENETIQUE

<input type="checkbox"/> Caryotype (tube hépariné)	Précisions:
<input type="checkbox"/> Hybridation <i>in situ</i> en fluorescence (FISH), préciser (tube hépariné):	
<input type="checkbox"/> Bcr-Abl moléculaire au diagnostic (tube EDTA)	
<input type="checkbox"/> Bcr-Abl moléculaire en suivi (tube EDTA)	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES dont TRAITEMENT EN COURS

--

Fiche technique pour les prélèvements de cytogénétique Onco-Hématologique

L'établissement d'un caryotype en onco-hématologie a pour but de détecter les anomalies chromosomiques grâce à des techniques microscopiques (techniques de bandes ou techniques d'hybridation *in situ* en fluorescence) afin d'établir un diagnostic biologique, d'assurer la prise en charge thérapeutique et le suivi de la maladie. Ces anomalies peuvent être de nombre (plus ou moins de 46 chromosomes) ou de structure (modification dans la succession de plusieurs locus).

Pour en assurer la prise en charge qualitative, merci de respecter ces pré requis indispensables

A défaut, nous pourrions être amenés à refuser l'échantillon

1. Prélèvement

- ✓ Prélèvement non à jeun
- ✓ Pour les prélèvements de moelle osseuse, la seringue utilisée doit être préalablement héparinée (rincer, il ne doit pas rester d'héparine dans le tube)
- ✓ Volume : 5 à 10 ml de sang total ou 1 à 2 ml de moelle osseuse
- ✓ Tube : vacutainer hépariné (lithium ou sodium) **sans gel séparateur**
- ✓ **Conservation et acheminement à température ambiante (environ 15-25°C)**
- ✓ Les prélèvements doivent être acheminés au laboratoire dans les 24 à 48 heures avec une réception du lundi au samedi matin. **Ne pas prélever le vendredi (pour le respect du délai de prise en charge de l'échantillon).**
- ✓ Ne pas centrifuger
- ✓ Ne pas congeler

Résultats transmis sous 30 jours pour les pathologies lymphoïdes, 14 jours pour les myéloïdes et 7 jours pour les urgences

2. Administratif

Tout prélèvement doit être accompagné

- ✓ Du bon d'examen de cytogénétique onco-hématologique complété
- ✓ De la prescription médicale
- ✓ Des résultats antérieurs effectués dans d'autres laboratoires en cas de suivi
- ✓ Des résultats des derniers examens médullaires (myélogrammes et/ou biopsie ostéo-médullaire) (coordonnées mail et fax ci-dessous si envoi différé).

3. Pour la prise en charge

Joindre :

- ✓ Les renseignements de sécurité sociale et de mutuelle
- ✓ Le bon de commande si le patient est hospitalisé

4. Coordonnées du laboratoire

Laboratoire de Cytogénétique, laboratoire L'ABO +
3 rue Pr. Alexandre Minkowski
37170 CHAMBRAY LES TOURS
Tel : 02 47 74 35 90 - Fax : 02 47 74 65 12 - Mail : cytogenetique@laboplus.fr
<http://www.laboplus.fr/>

Horaires du secrétariat : 7h15 à 18h du lundi au vendredi
7h15 à 12h30 le samedi