

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	Prénom :	ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
Date de naissance :	Sexe : ☐ M ☐ F	
Adresse complète Rue : Code postal : Ville :		
N° Mutuelle :		ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
N° Matricule :		
Titulaire :		

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :	Copie à :
N° INAMI :	
Adresse :	
Téléphone :	Date et signature :

Un seul choix possible à une même date :

- ☐ Chimérisme sur MOELLE : 5 mL Moëlle EDTA
- OU
- ☐ Chimérisme sur SANG : 5 mL Sang EDTA
(Si la moelle n'a pas pu être prélevée et ne sera pas prélevée dans les prochains jours)

A faire parvenir au Laboratoire d'Oncogénétique Moléculaire (Tour 6 +1)
Personne de contact : Dr Sci. N. Leroi — Dr Sci. J. Coupier — Dr. E. Sepulchre (13.62)

Demande de tri cellulaire et étude du Chimérisme en Biologie Moléculaire

- ☐ Chimérisme sur cellules triées CD3+ : 40-50 mL sang hépariné

A faire parvenir au Laboratoire Hématologie (Tour 6 +1)
Personnes de contact : Dr. Sci. J. Foguene (82.22)

Prégreffe :

- ☐ Echantillon prégreffe receveur : 5 mL Sang EDTA
- ☐ Echantillon prégreffe donneur : 5 mL Sang EDTA

Commentaires :

CONTACTS

dispa.genetique@chu.ulg.ac.be

Oncogénétique Moléculaire Dr Sci. N. LEROI — Dr Sci. J. COUPIER — Dr. E. SEPULCHRE — Secrétariat : 04/323.13.68