

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	Prénom :	ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 :

 Type de compte-rendu désiré :  Papier  OMNIPRO  MEXI  Autre(s) : .....

### PRELEVEMENT (indiquer clairement le nom, prénom et date de naissance du patient sur tous les tubes)

Date et heure de prélèvement : .....		Date et heure de réception : .....	
Type de prélèvement (cocher la case)	Array-CGH	Caryotype, FISH et Array -CGH MM	Délai de transmission au laboratoire
	EDTA / 2°C - 8°C	Hépariné / T° ambiante	
<input type="checkbox"/> Moëlle hématopoïétique	<b>E</b> 3 ml ( <b>un tube par analyse/Acide nucléique</b> )	<b>H</b> 3 ml (5 ml pour MM)	Le jour même avant 16h30 ; endéans les 16h à compter du prélèvement. <b>Les laboratoires du Service de Génétique Humaine sont ouverts et fonctionnels du lundi au vendredi de 8 à 16h30, merci d'en tenir compte pour adresser vos échantillons.</b>
<input type="checkbox"/> Sang	<b>E</b> 3 ml ( <b>un tube par analyse/Acide nucléique</b> )	<b>H</b> 5 ml	
<input type="checkbox"/> LCR	1 tube sec	1 tube sec	
<input type="checkbox"/> Tumeur	LP stérile ou RNALater®	LP stérile ou milieu	
<input type="checkbox"/> Biopsie (adénopathie)			
<input type="checkbox"/> Autre : .....			

### CONTACTS

[dispa.genetique@chuliege.be](mailto:dispa.genetique@chuliege.be)
**Cytogénétique**  
 Dr M. JAMAR / Dr Sc. S. FRANKE / Dr Sc. C. MENTEN / Dr Sc. C. LETE — Secrétariat : 04/323.13.68

**Génétique clinique**  
 Pr V. BOURS — Secrétariat : 04/323.71.24

# TECHNIQUE(S) D'ANALYSE(S) DEMANDEE(S)

 **Caryotype<sup>A</sup>**
 **FISH<sup>A</sup>**
 **Array-CGH<sup>B</sup>**

## DONNEES CLINIQUES (OBLIGATOIRE)

<input type="checkbox"/> <b>Diagnostic</b> <input type="checkbox"/> <b>Suivi, traitement par</b> : ..... <b>Date de début du traitement</b> : .....	<input type="checkbox"/> <b>Rechute</b> <input type="checkbox"/> <b>Prégreffe / Postgreffe</b> <b>Date</b> : .....
<input type="checkbox"/> allo → <input type="checkbox"/> XX <input type="checkbox"/> auto → <input type="checkbox"/> XY	
<input type="checkbox"/> <b>LEUCEMIE LYMPHOBLASTIQUE AIGUE (LLA)</b>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> T
<input type="checkbox"/> <b>LEUCEMIE MYELOBLASTIQUE AIGUE (LMA)</b>	<input type="checkbox"/> <i>de novo</i> <input type="checkbox"/> SMD avec dysplasie
<input type="checkbox"/> <b>SYNDROME MYELOYDYSPLASIQUE (SMD)</b>	<input type="checkbox"/> SMD-SLD <input type="checkbox"/> SMD 5q- <input type="checkbox"/> SMD-MLD <input type="checkbox"/> SMD-EB ...% blastes médullaires
<input type="checkbox"/> <b>NEOPLASIE MYELOPROLIFERATIVE (NMP)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Leuc. Myéloïde Chronique (LMC)</b> <input type="checkbox"/> Leuc. Chronique à Neutrophiles (LCN) <input type="checkbox"/> Polycythémie Vraie – Maladie de Vaquez (PV) <input type="checkbox"/> Thrombocythémie Essentielle (TE) <input type="checkbox"/> Myélofibrose Primitive ( <b>joindre rapport biopsie médullaire</b> ) <input type="checkbox"/> Syndrome d'Hyperéosinophilie (SHE)/Leucémie Chronique à Eosinophiles (LCE) <input type="checkbox"/> Mastocytose Systémique (MS) ( <b>joindre rapport biopsie médullaire</b> )
<input type="checkbox"/> <b>OVERLAP SYNDROME « MDS/MPN »</b>	<input type="checkbox"/> LMC atypique <input type="checkbox"/> LMMC <input type="checkbox"/> JMML <input type="checkbox"/> ARRS-T <input type="checkbox"/> SMD/NMP-U
<input type="checkbox"/> <b>LEUCEMIE LYMPHOIDE CHRONIQUE (LLC) - LEUCEMIE PROLYMPHOCYTAIRE (LPL)</b>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Non connu
<input type="checkbox"/> <b>LEUCEMIE A TRICHOLEUCOCYTES (HCL)</b>	<input type="checkbox"/> <b>LEUCEMIES A GRANDS LYMPHOCYTES GRANULEUX (LGL)</b>
<input type="checkbox"/> <b>LYMPHOME HODGKINIEN</b>	
<input type="checkbox"/> <b>LYMPHOME NON HODGKINIEN (LNH)</b>	<input type="checkbox"/> B : <input type="checkbox"/> Folliculaire (LF) <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Non connu <input type="checkbox"/> Diffus à Grandes Cellules (DLBCL) <input type="checkbox"/> Autre : .....
<input type="checkbox"/> <b>MACROGLOBULINEMIE DE WALDENSTROM (WM) - LYMPHOME LYMPHOPLASMOCYTAIRE</b>	
<input type="checkbox"/> <b>GMOI - MYELOME MULTIPLE (MM)</b> : si taux de plasmocytes <10% : Caryotype, FISH et CGH non réalisés.	
<input type="checkbox"/> <b>AFFECTION NON HEMATOLOGIQUE</b> : .....	

## REGLES INAMI

- A Règle nouvel article 33 INAMI** : pour le suivi : maximum 6x/an la 1<sup>ère</sup> année ; 4x/an de la 2<sup>ème</sup> à la 5<sup>ème</sup> année ; 1x/an après la 5<sup>ème</sup> année ; maximum 2 prélèvements/bilan de suivi.
- B Uniquement réalisable sur une liste limitative de pathologies (contacter le laboratoire de Cytogénétique).**

## CONTACTS

dispa.genetique@chuliege.be

**Cytogénétique**  
 Dr M. JAMAR / Dr Sc. S. FRANKE / Dr Sc. C. MENTEN / Dr Sc. C. LETE — Secrétariat : 04/323.13.68

**Génétique clinique**  
 Pr V. BOURS — Secrétariat : 04/323.71.24