

## CYTOGENETIQUE ONCOLOGIQUE—Prélèvements de tumeurs cérébrales

Version 2020

### 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 : <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> OMNIPRO <input type="checkbox"/> MEXI <input type="checkbox"/> 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 : .....
--------------------------------------	------------------------------------

**La biopsie doit parvenir au laboratoire dans du milieu stérile ou liquide physiologique le jour du prélèvement avant 16h30. En cas de retard prévenir le laboratoire.**

Les laboratoires du Service de Génétique Humaine sont ouverts et fonctionnels du lundi au vendredi de 8h à 16h30, merci d'en tenir compte pour adresser vos échantillons.

Lames d'empreintes pour FISH (non fixées) : nb.: .....

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

Array-CGH

**Contact avec le Laboratoire OBLIGATOIRE**

### DONNEES CLINIQUES (OBLIGATOIRE)

### CONTACTS

dispa.genetique@chuliege.be

**Cytogénétique**  
Dr M.JAMAR / Dr Sc. A.HENRY/ Dr Sc. C. MENTEN / Dr Sc. C. LETE / Secrétariat : 04/366.25.61

**Génétique clinique**  
Dr V.BOURS / Secrétariat : 04/366.71.24