

Demande d'Analyse de CHIMERISME

Version 2019

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	Prénom :	ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<u>Adresse complète</u> Rue : Code postal : Ville :		ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
N° Mutuelle :		
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 de Pathologie B23 +3)

Personne de contact : Dr Sci. K. Segers (6.24.73) - Dr Sci. A. Henry (6.26.78)

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 2 +6)

Personnes de contact : Dr. Sci. J. Foguene (6.82.22)

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 Sc. K.SEGERS - Secrétariat : 04/366.24.78