

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 :		ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
N° Mutuelle :		
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	E 3 ml (un tube par analyse/Acide nucléique)	H 3 ml (5 ml pour MM)	Le jour même avant 16h30 ; e n d é a n s l e s 1 6 h à c o m p t e r d u p r é l è v e m e n t . 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.
<input type="checkbox"/> Sang	E 3 ml (un tube par analyse/Acide nucléique)	H 5 ml	
<input type="checkbox"/> LCR	1 tube sec	1 tube sec	
<input type="checkbox"/> Tumeur	LP stérile	LP stérile ou milieu	
<input type="checkbox"/> Biopsie (adénopathie)	ou RNALater®		
<input type="checkbox"/> Autre :			

CONTACTS

dispa.genetique@chuliege.be
Cytogénétique
 Dr M. JAMAR / Dr Sc. S. FRANKE / Dr Sc. C. MENTEN / Dr Sc. C. LETE — Secrétariat : 04/366.25.61

Génétique clinique
 Dr V.BOURS — Secrétariat : 04/323.71.24

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

 Caryotype^A
 FISH^A
 Array-CGH^B

DONNEES CLINIQUES (OBLIGATOIRE)

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

REGLES INAMI

- A Règle nouvel article 33 INAMI : pour le suivi : maximum 6x/an la 1^{ère} année ; 4x/an de la 2^{ème} à la 5^{ème} année ; 1x/an après la 5^{ème} 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 : 04/366.25.61

Génétique clinique

Dr V.BOURS — Secrétariat : 04/323.71.24