

## Demande d'Analyse de CHIMERISME

Version 2023

### 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 :

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. N. Leroi — Dr Sci. J. Coupier — Dr. E. Sepulchre (6.24.73)**

**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](mailto:dispa.genetique@chu.ulg.ac.be)

**Oncogénétique Moléculaire** Dr Sci. N. LEROI — Dr Sci. J. COUPIER — Dr. E. SEPULCHRE — Secrétariat : 04/366.24.78