



CYTOGENETIQUE ONCO-HEMATOLOGIQUE

Secrétariat :
Tél : 01 34 40 20 20
Fax : 01 34 40 21 29

src@lab-cerba.com
www.lab-cerba.com

PATIENT	PRESCRIPTEUR
Nom : _____ Prénom : _____ Nom de naissance..... Date de naissance : ____/____/____ Sexe : ___	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Cachet obligatoire</div> Signature : _____ n° ADELI : _____ Adresse e-mail : _____

PRELEVEMENT

Sang total HEPARINE
 Moelle milieu de transport
 Ganglion
 Autre (à préciser):

Date de prélèvement : ____/____/____ Cachet du Laboratoire préleveur : _____
 Heure de prélèvement : ____ h ____ N° Client : C I_____/___

ANALYSE SOUHAITEE

CARYOTYPE ONCO-HEMATOLOGIQUE : cytogénétique conventionnelle
 FISH (Hybridation In Situ Fluorescente) : cytogénétique moléculaire, à préciser si besoin :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à renseigner impérativement)

DIAGNOSTIC

LAM :.....
 LAL :.....
 SMD
 SMP (PV/TE/MF)
 LMC
 LMMC
 Hyperéosinophilie
 LLC
 LNH
 Myélome/MGUS (% de plasmocytes médullaires :%)
 Waldenström
 Autre:.....

STADE DE LA MALADIE

Diagnostic : confirmé / suspecté
 Rémission
 Evolution
 Rechute

ALLOGREFFE : Oui Non **TRAITEMENT (préciser)** :

NFS (joindre la copie du dernier résultat) :

Hb VGM GB Plaquettes Lympho PNN PEo PBaso
 Mono Myélémie Blastos.....

COMPLEMENT D'INFORMATION CLINIQUE SI BESOIN :

.....

.....

.....

.....