



**Institut de Génétique Médicale**  
**PRESCRIPTION Cytogénétique Oncohématologique**

SIL-FE-LGM-102 page 1/1  
V3 Mai 2024  
MOLIS : **CYTOG**

**Secrétariat:** Tel : 03.20.44.40.18 – Fax : 03.20.44.68.04 - **Catalogue des analyses :** <https://biologiepathologie.chu-lille.fr/>

Date de Prélèvement : ..... / ..... / .....      Heure de prélèvement : ..... : .....

Nom du préleveur : .....

NOM (Marital) complet du patient : .....

PRENOM Complet du Patient : .....

SEXE : F  M       Date de naissance : ..... / ..... / .....

Centre demandeur : ..... Service/ Code UF : .....

**Médecin prescripteur :** ..... **Téléphone :** .....

*Etiquette patient*

**Type de prélèvement :**

- Moelle (Tube Héparine) (CIRUS : CONCMO)       Moelle (Tube EDTA)
- Sang (Tube Héparine) (CIRUS : CONCSG)       Sang (Tube EDTA)
- Ganglion (milieu RPMI) (CIRUS : CONCGG)
- Autre (*préciser*) : .....

(CIRUS : liquides divers CONCLD, tissus divers CONCGG)

**Transport et stockage à température ambiante  
(vendredi & veille jour férié : +4°C)**

**Numération formule sanguine :**

- GB : ..... Hb : ..... Plaquettes : .....
- PNN : ..... Eo : ..... Baso : .....
- Lymphocytes : ..... Monocytes : .....
- Myélémie : ..... Blastes : .....

**Stade de la maladie :**

*(Indispensable pour la bonne exécution de l'examen)*

- Suspicion**       **Diagnostic avéré**
- Suivi**       **Rechute**
- Post-greffe (CSH) :** Sexe du donneur :     M       F

*Pour toute analyse, merci de joindre **impérativement** les résultats suivants :*

- NFS
- Myélogramme
- Examens complémentaires (cytométrie en flux, biologie moléculaire)

**INDICATION (à renseigner obligatoirement) :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leucémie aiguë myéloblastique (LAM)  | <input type="checkbox"/> Syndrome myélodysplastique (SMD)   |
| <input type="checkbox"/> Leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) | <input type="checkbox"/> Syndrome hyperéosinophilie (SHE)   |
| <input type="checkbox"/> Leucémie myéloïde chronique (LMC)    | <input type="checkbox"/> Leucémie lymphoïde chronique (LLC) |
| <input type="checkbox"/> Syndrome myéloprolifératif (SMP)     | <input type="checkbox"/> Lymphome non hodgkinien (LNH)      |
|   | <input type="checkbox"/> Autres : .....                     |

**ANALYSE(S) DEMANDEE(S) :**

- CONGELATION SEULE** (culot cytogénétique conservé)
- CARYOTYPE CONVENTIONNEL** (tube hépariné)
- HYBRIDATION In Situ (FISH)** (tube hépariné)
- CARTOGRAPHIE OPTIQUE DU GENOME (BIONANO®)**  
(tube EDTA)

Traçabilité des contrôles - Analyses Ext			
Débal		C Admi	
Etique		C Ana	
Décant			

**Information(s) clinique(s) / traitement(s) en cours :**

.....  
.....  
.....