



Demande de Rendez-vous au labo du CHIC : Faxer au laboratoire (02 98 52 63 37)

Patient (Nom, Prénom, date de naissance)

N° Tel :

si prélèvement au laboratoire

- ☐ Externe
☐ Hôpital de jour
☐ Hospitalisation continue

Service :

SANG	MOELLE	GANGLION
☐ NFS + frottis sanguin ☐ Réticulocytes ☐ Numération T4, T8 ☐ Numération T4, T8, B, NK ☐ Numération T4, T8, B, B mémoires, NK ☐ Phénotypage (suspicion d'hémopathie) ☐ HPN ☐ Monocytes (suspicion LMMC) ☐ TCR génotypage ☐ BCR-ABL1 ☐ JAK2 ☐ CALR + MPL** ☐ JAK2 exon12** ☐ NGS SMP*** ☐ IGHV – TP53 mutation (LLC pré-thérapeutique) ☐ Cytogénétique	Prélèvement : ☐ Sternal ☐ Iliaque post G ☐ Iliaque post D ☐ Myélogramme +/- Perls ☐ Phénotypage (suspicion d'hémopathie)* ☐ Cytogénétique* ☐ FIP1L1-PDGFR, PDGFRB, FGFR1, PCM1-JAK2 (par FISH) ☐ FLT3 / IDH1/2 / NPM1 ☐ IGHV – TP53 mutation (LLC pré-thérapeutique) ☐ NGS SMP ☐ Autre :	Localisation : ☐ Cytologie (adénogramme) ☐ Cytogénétique* ☐ Phénotypage* <i>* selon cytologie</i> LIQUIDE / SEREUSE Origine : ☐ Pleural ☐ Ascite ☐ LCR ☐ LBA ☐ Autre : ☐ Cytologie ☐ Cytogénétique* ☐ Phénotypage*

** selon cytologie ** si JAK2 négatif ***si bilan moléculaire négatif*

Délai souhaité : ☐ urgent, < 24h RDV donné par le laboratoire :
☐ < 1 semaine
☐ < 1 mois

Indications et renseignements cliniques :

Si prélèvement au laboratoire :

Sternotomie / cicatrice sternale	☐ oui	☐ non
Traitement AVK ou AOD	☐ oui	☐ non
Allergie à l'iode	☐ oui	☐ non
Allergie aux anesthésiques locaux	☐ oui	☐ non
Radiothérapie (région sternale/iléale)	☐ oui	☐ non

Date : Heure :

Service et Médecin prescripteur :