

PRESCRIPTION D'EXAMEN ONCO-HEMATOLOGIQUE

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16
SECRETARIAT : 04 91 22 34 78 / Fax : 04 91 22 35 44

1378 - V3

Ne pas remplir
(Réservé au laboratoire)
Numéro
d'enregistrement

<p>Renseignements Patient (Étiquette à coller ici)</p> <p>Nom de naissance : Nom usuel : Prénom : Date de naissance : Sexe : IPP :</p>	<p>Établissement - Service ou UF demandeurs : (si établissement hors IPC - Coordonnées de l'hôpital et du service)</p>
<p>Date de prélèvement : Heure de prélèvement :</p> <p>Préleveur : (Nom et Signature obligatoires)</p>	<p>Date de la demande :</p> <p>Médecin prescripteur (si différent du préleveur) : (Nom et signature obligatoires)</p>

TYPE DE PRÉLÈVEMENT

Sang LCR L. Ascite Moelle L. Pleural Autres :

Nombre de tubes : Violet : Vert : Bleu Marine : Rouge : Jaune : Autres :

Nombre de seringues :

Nombre de pots :

Les **modalités de prélèvements** (nombre de tubes, type de support de prélèvement, ...) et les autres exigences du Département de Biologie du Cancer sont accessibles à l'adresse suivante : <https://ipcnet-extranet.ipc.unicancer.fr/medecin/Pages/dbc.aspx>

INDICATIONS CLINIQUES / MOTIF DE LA PRESCRIPTION / PROTOCOLE

AL : Dose Diagnostic
Kalinox Suivi

Demande externe : joindre une photocopie de l'hémogramme et du myélogramme

<p>CYTOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> Formule sanguine <input type="checkbox"/> Myélogramme <input type="checkbox"/> Cytoponction <input type="checkbox"/> Autre cytologie :</p>	<p>PHÉNOTYPE</p> <p><input type="checkbox"/> Phénotype complet <input type="checkbox"/> Phénotype partiel : <input type="checkbox"/> Maladie résiduelle <input type="checkbox"/> Clone HPN <input type="checkbox"/> ZAP 70 <input type="checkbox"/> Monotypie T</p>	<p>GÉNOTYPAGE / SÉQUENCAGE</p> <p><input type="checkbox"/> IgV (H) statut mutationnel <input type="checkbox"/> Clonalité T <input type="checkbox"/> Clonalité B <input type="checkbox"/> Mutation BCR-ABL <input type="checkbox"/> Chimérisme <input type="checkbox"/> Mutation TP53 <input type="checkbox"/> MYD88</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p>CYTOGÉNÉTIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> Caryotype</p>	<p>FISH</p> <p><input type="checkbox"/> P53 (del 17p) <input type="checkbox"/> ATM (del 11q) <input type="checkbox"/> Cycline D1 (T(11;14)) <input type="checkbox"/> Autre :</p>	
<p>BIOLOGIE MOLÉCULAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> BCR-ABL <input type="checkbox"/> JAK 2 <input type="checkbox"/> Autre :</p>		

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE IPC

Date de réception :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	Oui	Non
		Motif :		

PRESCRIPTION D'EXAMEN ONCO-HEMATOLOGIQUE

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16
SECRETARIAT : 04 91 22 34 78 / Fax : 04 91 22 35 44

1378 - V2

Ne pas remplir
(Réservé au laboratoire)
Numéro
d'enregistrement

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Renseignements Patient

Nom de naissance :
Nom usuel :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : IPP :



**EN L'ABSENCE D'UN BON DE PRISE
EN CHARGE RENSEIGNÉ, LA PRESCRIPTION
NE SERA PAS TRAITÉE ET LES EXAMENS NE SERONT
PAS RÉALISÉS.**

DESTINATAIRE DU COMPTE-RENDU DE RÉSULTATS

Nom : Prénom :
Établissement :
Adresse :
.....
Tél. : Fax :

ÉTABLISSEMENT À FACTURER

Nom :
Adresse :
.....
Tél. : Fax :
Cachet :

Date de réception :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	Oui	Non
		Motif :		