

8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marquer les cases d'un trait noir:
 juste faux

CHUV Centre hospitalier universitaire vaudois
 Service d'hématologie



Réception des laboratoires: BH/18/100
 1011 Lausanne

Tél. : 021 314 42 12 (Médullogramme et marqueurs)
 Tél. : 021 314 42 09 (Biologie moléculaire)
 Fax : 021 314 41 80
 PP 439

http://www.chuv.ch/analyses

Ouverture du laboratoire:
 lundi - vendredi 08h00-17h00

Date et heure du prélèvement indispensables

Jour:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Mois:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Heure:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

 Min.:

15	30	45
----	----	----

Patient

Nom:
 Prénom:
 Sexe:
 Date de naissance complète:
 Adresse complète:
 N° postal / Localité:

Facture:

Patient Demandeur

Etiquette code barres pour le CHUV



COPIE(S) À (Adresse exacte et complète)

Nom du médecin:
 Service, adresse:
 Localité:

DEMANDEUR

Nom du médecin:
 Service, adresse:
 BIP/Tél:

Etiquette déviation ou Etiquette de projet

INDICATION CLINIQUE

Leuco: G/l
 Hb: g/l
 Plaquettes: G/l
 Blastes Sg: %
 Blastes Mo: %

MATERIEL

Médullogramme

Moelle EDTA 3 ml
 Crête iliaque gauche
 Crête iliaque droite
 Autre localisation

 Frottis de moelle

Marqueurs immunologiques

Sang Hép. Li 20 ml
 Moelle Hép. Li 2 ml
 Sang Hép. Li 2.7 ml
 Sang EDTA 2.7 ml
 LCR 10 à 15 ml (Voir au dos)

Biologie moléculaire

Sang EDTA 20 ml
 Sang EDTA 5 ml
 Moelle EDTA 2 ml
 Autre:

MEDULLOGRAMME Ⓐ

Moelle EDTA 3 ml ou Frottis de moelle
 Examen cytologique - médullogramme
 Fer

MARQUEURS IMMUNOLOGIQUES Ⓑ

Sang Hép. Li 20 ml
 Moelle Hép. Li 2 ml
 Lymphocytes - Syndr. lympho prolifératif
 Plasmocytes - Myélome
 Blastes - Leucémie aiguë
 Blastes - SMD / SMP
 Recherche maladie résiduelle post ttt
 Autres: selon diag. mentionné ci-dessus
 HPN Hémoglobinurie paroxystique noct. Sang Hép. Li 2.7 ml
 CD34 (Autogreffe) Sang EDTA 2.7 ml

BIOLOGIE MOLECULAIRE Ⓒ

Néoplasies myéloprolifératives (LMC, PV, TE, MP)

Sang EDTA 20 ml
 BCR-ABL diagnostic*
 BCR-ABL quantitatif (MRD, %IS)
 JAK2 (V617F)*
 Mutations CALR*
 *si cumul BCR-ABL et JAK2 et/ou CALR et/ou Mutation BCR-ABL prélever 2x20 ml

Néoplasies lymphoïdes matures

Moelle EDTA 2 ml Sang EDTA 20 ml
 Statut mutationnel IgHV (LLC)
 Réarrangements IgH (clonalité)
 Réarrangements TCRG (clonalité)
 BCL1-JH (lymphome du manteau)
 BCL2-JH (lymphome folliculaire)

Leucémies aiguës

Moelle EDTA 2 ml Sang EDTA 20 ml

Diag.	MRD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BCR-ABL (LLA, LMA) t(9;22)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MLL-AF4 (LLA) t(4;11)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E2A-PBX1 (LLA) t(1;19)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PML-RARa (LMA) t(15;17)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RUNX1-RUNX1T1 (LMA) t(8;21)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CBFb-MYH11 (LMA) Inv. (16)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mutation NPM1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hyperexpression WT1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hyperexpression EVI-1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mutation IDH1,2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RTMLPA (LA, transcrits panel étendu)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FLT3 ITD, D835

Hémochromatose - Test génétique constitutionnel
Signature médecin obligatoire, voir au dos

HLA-H (C282Y + H63D) Sang EDTA 5 ml

LID

Nom
Prénom

Conditions de prélèvement et d'envoi d'échantillons

Ⓐ MÉDULLOGRAMME - Contacter impérativement le laboratoire avant chaque envoi

Demandeur expérimenté dans l'étalement des frottis de moelle osseuse

Envoyer idéalement:

- 25 frottis de moelle sur lamelles
- 5 frottis de moelle sur lames porte-objet
- le reste de moelle EDTA
- 5 frottis sanguins
- une copie de la formule sanguine

Conditions d'envoi:

- température ambiante
- courrier normal ou express selon urgence

Demandeur non expérimenté dans l'étalement des frottis de moelle osseuse

Envoyer idéalement:

- le tube de moelle EDTA après avoir vérifié la présence de grumeaux.
- 5 frottis sanguins ou le tube de sang EDTA
- une copie de la formule sanguine

Conditions d'envoi:

- température ambiante
- par coursier: le laboratoire doit réceptionner l'échantillon au maximum 2 h après le prélèvement et ceci du lundi au vendredi entre 08h00 et 16h00.

Ⓑ MARQUEURS IMMUNOLOGIQUES

Conservation: Température ambiante

Envoi: Du lundi au jeudi: envoi par express
Vendredi: envoi par Intercity-express ou par coursier - réception de l'échantillon **impérativement avant 12h00**
Le vendredi, annoncer le prélèvement par téléphone: 021 314 42 12

Demande de HPN: Idem autres demandes de Marqueurs immunologiques.

LCR /autres liquides: Impérativement prendre contact préalablement avec le laboratoire

Ⓒ BIOLOGIE MOLECULAIRE

Conservation: Température ambiante

Envoi: Du lundi au jeudi: envoi par express
Vendredi: envoi par Intercity-express ou par coursier - réception de l'échantillon **impérativement avant 12h00**
Le vendredi, annoncer le prélèvement par téléphone: 021 314 42 09

Pour la recherche d'hémochromatose, le délai peut être repoussé à 48h

CONSENTEMENT POUR ANALYSES BIOLOGIQUES

Suite à toute analyse biologique effectuée dans notre laboratoire, tout échantillon ou produit d'analyse :

- peut être stocké au laboratoire afin de pouvoir répondre à une demande de rajout d'analyses par le médecin demandeur - **(par défaut)**
- peut être utilisé pour le développement et la recherche - **(par défaut)**
- doit être détruit

Chaque test de génétique constitutionnelle doit s'accompagner d'un conseil génétique (Loi sur l'analyse génétique humaine - LAGH). Par sa signature le médecin demandeur atteste avoir informé la personne concernée selon les obligations légales en vigueur pour la génétique constitutionnelle et avoir reçu son consentement pour les analyses génétiques et toutes les autres analyses biologiques.

Signature du médecin demandeur obligatoire: