



Hôpitaux Universitaires de Genève

DMGL / Service de Médecine Génétique

Centre d'accueil des prélèvements (CAP)

Bâtiment des Laboratoires (BATLab), local 8D-0-850.1

4 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14

Laboratoire de Cytogénétique Hématologique

CYTOHEM

http://www.hug-ge.ch/feuilles-de-demande

Directeur : Prof. Stylianos ANTONARAKIS

Biologiste Responsable : Dre sc. Z. Salamanczuk (079 553 53 54)

Labo direct ou résultats : Tél./Fax : (022 37) 23 945 / 21 843

Centre d'accueil des prélèvements (CAP) : Tél (022 37) 21 800



M. Mme (SVP: en caractères d'imprimerie)

Nom:.....

Nom de jeune fille :.....

Prénom :.....

Date de naissance : / /

Représentant légal si patient mineur : père mère

Nom/prénom :

Rue/N°:.....

Localité, No postal :.....

Unité d'hospitalisation : Médecin :.....

N° EdS :

Adresse pour facturation: Patient Demandeur Assurance

Nature du cas : Maladie AI Accident Maternité

N° AVS (AI obligatoire) :

Assurance : N° Assuré :

Prescripteur (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax) :

Signature prescripteur obligatoire*

Médecins en copie (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax): Le laboratoire demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins que le médecin prescripteur :

*Par sa signature, le médecin demandeur atteste avoir informé la personne concernée selon les obligations légales en vigueur (LAGH) et avoir reçu son consentement http://www.sgmq.ch .

Opposition du patient à l'enregistrement des résultats de cette demande dans le dossier patient informatique (DPI) des HUG

Après l'analyse, le patient désire : (sans mention, le matériel anonymisé pourra être utilisé pour des études, dans ce cas aucun résultat ne pourra lui être communiqué)

que le matériel soit détruit que le matériel soit stocké en vue d'éventuelles analyses complémentaires pour lui ou sa famille

ANALYSES

Moelle du / / Heure

Tube fourni par le laboratoire (héparinate de lithium 100 UI/ml)

Sang du / / Heure

H4 = sang hépariné →Hémogard vert 4ml ou

Tube fourni par le laboratoire (héparinate de lithium 250 UI/ml)

Caryotype + Culture

FISH interphasique

FISH métaphasique

FISH télomérique

Caryotype hématologique + Culture

FISH interphasique hématologique

FISH métaphasique hématologique

FISH télomérique hématologique

Sonde (Fish) :

HEMOGRAMME

HbG/l

Gb :.....G/l

Blastes :.....G/l

Thrombocytes :.....G/l

DIAGNOSTIC

TYPE

OBLIGATOIRE Renseignements/indications à l'examen

Syndrome myéloprolifératif (SMP)

Syndrome myélodysplasique/myéloprolifératif (SMD/SMP)

Syndrome myélodysplasique (SMD)

Anémie aplasique sévère (AA)

Leucémie myéloïde chronique (LMC)

Leucémie myéloïde aiguë (LMA)

Leucémie lymphoïde aiguë (LLA)

Leucémie lymphoïde chronique (LLC)

Lymphome

Néoplasies plasmocytaires (% infiltration)

Autre :

STATUS :

Présentation initiale

Suivi

Rémission

Transformation

Accélération

Récidive

TRAITEMENT EN COURS :

Oui Non

Type :

GREFFE :

Date :

Autogreffe

Allogreffe

Sexe donneur : ♂ ♀

EXAMEN CYTOGENETIQUE PRECEDENT:

oui non

Date :

Résultat :

ETUDE CLINIQUE :

oui non

protocole :

Commentaires, Renseignements autres :

Commentaires du laboratoire : Techniciennes /.....