



Hôpitaux
Universitaires
Genève



DIAGNOSTIQUE / 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>

Chef du Service de Médecine Génétique : Prof. Marc ABRAMOWICZ
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) :

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 :*

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

Utilisation de l'échantillon et des données pour la recherche

En principe, le patient est d'accord que son échantillon et données d'analyse soient conversés et utilisés pour la recherche : OUI NON
A ce stade, **sa réponse n'implique aucun engagement de sa part.**

ANALYSES

Moelle du / / **Heure**

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

Caryotype + Culture

- FISH interphasique
- FISH métaphasique
- FISH télomérique

Sonde (Fish) :

Sang du / / **Heure**

H4 = sang hépariné →Hémogard vert 4ml ou
Tube fourni par le laboratoire (héparinate de lithium 250 UI/ml)

Caryotype hématologique + Culture

- FISH interphasique hématologique
- FISH métaphasique hématologique
- FISH télomérique hématologique

HEMOGRAMME (DONNÉES FOURNIES PAR LE PRESCRIPTEUR)

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 :