**FEUILLE DE TRANSFERT D’ECHANTILLON TUMORAL CONGELE – Onco-hématologie**

|  |
| --- |
| **LABORATOIRE DESTINATAIRE (selon l’indication)** |
| [ ]  **LA adulte** **Laboratoire d’Hématologie****Hôpital Saint-Louis**Tel : 01-53-72-40-41 emmanuelle.clappier@aphp.fr | [ ]  **LA adulte****Laboratoire d’hématologie****CHU Lille**Claude.PREUDHOMME@chu-lille.fr | [ ]  **LAL pédiatrique****Laboratoire de Génétique****Hôpital Robert-Debré**Tel : 01-40-03-57-11 aurelie.caye-eude@aphp.fr | [ ]  **LAM pédiatrique****Laboratoire d’Hématologie****Hôpital Trousseau**Tel : 01-44-73-67-23 helene.lapillonne@aphp.fr  |
| ***Prévenir le laboratoire destinataire avant tout envoi de prélèvement*** |

|  |
| --- |
| [ ]  **Envoi uniquement de l’ARN pour transcriptome première ligne** |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU PATIENT** |
| **Nom :** Cliquez ici pour taper du texte. | **Nom de naissance :**Cliquez ici pour taper du texte. | ***Espace réservé au LBM SeqOIA*** |
| **Prénom :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Né(e) le :**Cliquez ici pour entrer une date. |
| **Sexe :** [ ]  M [ ]  F |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prescription ID (cf. SPICE) :** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **COORDONNEES DE L’EXPEDITEUR** |
| **Intitulé du laboratoire** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Nom et Prénom du correspondant** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Téléphone** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Mail** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS ECHANTILLON TUMORAL** |
| ***Transmettre au minimum 2 aliquots de ≥ 4 millions de cellules*** *(si la quantité de matériel disponible ne le permet pas, contacter impérativement le laboratoire destinataire pour déterminer si l’envoi d’une plus faible quantité est exceptionnellement possible)* |
| **Date du prélèvement** | Cliquez ici pour entrer une date. |
| **Type de prélèvement** | [ ]  Moelle [ ]  Sang ☐ Autre (Préciser) : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Identification des échantillons** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Echantillons transmis** | [ ]  DMSO  nb d’aliquots :Cliquez ici pour taper du texte. nb de cellules/aliquot : Cliquez ici pour taper du texte.[ ]  Culot sec  nb d’aliquots : Cliquez ici pour taper du texte.  nb de cellules/aliquot : Cliquez ici pour taper du texte.[ ]  Autre\* : Cliquez ici pour taper du texte.  |
| **Taux de blastes**[ ]  cytologie [ ]  CMF | Cliquez ici pour taper du texte.%[ ]  sur prélèvement totalCliquez ici pour taper du texte. % [ ]  sur cellules isolées pour congélation (si déterminé) |
| ***Joindre les compte-rendus de myélogramme et/ou NFS (ou anatomopathologie le cas échéant)*** |

**FEUILLE DE TRANSFERT D’ECHANTILLON NON TUMORAL CONGELE – Onco-hématologie**

|  |
| --- |
| **LABORATOIRE DESTINATAIRE (selon l’indication)** |
| [ ]  **LA adulte** **Laboratoire d’Hématologie****Hôpital Saint-Louis**Tel : 01-53-72-40-41 emmanuelle.clappier@aphp.fr | [ ]  **LA adulte****Laboratoire d’hématologie****CHU Lille****Claude Preudhomme** | [ ]  **LAL pédiatrique****Laboratoire de Génétique****Hôpital Robert-Debré**Tel : 01-40-03-57-11 aurelie.caye-eude@aphp.fr | [ ]  **LAM pédiatrique****Laboratoire d’Hématologie****Hôpital Trousseau**Tel : 01-44-73-67-23 helene.lapillonne@aphp.fr |
| ***Prévenir le laboratoire destinataire avant tout envoi de prélèvement*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prescription ID (cf. SPICE) :** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **COORDONNEES DE L’EXPEDITEUR** |
| **Nom du laboratoire** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Nom et Prénom du correspondant** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Téléphone** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Mail** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS ECHANTILLON NON TUMORAL** |
| ***Transmettre au minimum 1 aliquot de ≥ 4 millions de cellules(ou 5 µg d’ADN en l’absence de cellules congelées)*** |
| **Date du prélèvement** | Cliquez ici pour entrer une date. |
| **Type de prélèvement** | [ ]  Moelle [ ]  Sang [ ]  Autre\* : Cliquez ici pour taper du texte.  |
| **Identification des échantillons** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Echantillons transmis** | [ ]  DMSO  nb d’aliquots :Cliquez ici pour taper du texte. nb de cellules/aliquot : Cliquez ici pour taper du texte.[ ]  Culot sec  nb d’aliquots : Cliquez ici pour taper du texte. nb de cellules/aliquot : Cliquez ici pour taper du texte.[ ]  ADN (seulement en l’absence de cellules congelées)  concentration : Cliquez ici pour taper du texte.µg/µL  volume : Cliquez ici pour taper du texte. µL  |
| **Caractère non tumoral vérifié** | [ ]  < 5% de blastes médullaires si myélogramme, MRD <1% si réalisée[ ]  absence de blastes circulants si prélèvement sanguin, MRD <1% si réalisée[ ]  absence de cellules dysplasiques pour les LAM |
| ***Joindre les compte-rendus de myélogramme, NFS et maladie résiduelle le cas échéant*** |