**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](mailto: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](mailto: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 total  Cliquez 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](mailto: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*** | |