BON D'ANALYSE NGS/FISH MYELOME

Etiquette Patient	Etiquette Demande	Etiquette Service Demandeur

Adresse

Unité de Génomique du Myélome
I.U.C.T. – Oncopole
1, Avenue Irène Joliot-Curie
31059 Toulouse Cedex 09

Laboratoire d'hématologie

UNITE DE GENOMIQUE DU MYELOME (UGM)

BIOLOGISTES

Pr Jill CORRE
Tel : 05 31 15 61 73
corre.jill@iuct-oncopole.fr

Dr Anaïs SCHAVGOULIDZE
Tel : 05 31 15 65 34
schavgoulidze.anais@iuct-oncopole.fr

LABORATOIRE

Tel : 05 31 15 62 32
Fax : 05 31 15 62 13

Pour toute demande de résultat, merci de contacter par voie électronique :

berberian.aurelie@iuct-oncopole.fr
et renaudin.sophie@iuct-oncopole.fr

En partenariat avec l'association IFM

Attention : ne pas prélever le vendredi, ni les veilles de fériés

Prélèvements à envoyer à température ambiante, à l'adresse ci-contre :
Si l'envoi ne peut être fait le jour même, conserver l'échantillon à 4°C.

- 10 mL de Moelle Osseuse sur tube EDTA (Préciser « Moelle » sur le tube)
- 2 tubes secs de sang (Préciser « Sang » sur le tube)
- 1 tube EDTA de sang (Préciser « Sang » sur le tube)
- Joindre le **consentement signé** du patient et du médecin

PATIENT

NOM : .....
NOM DE NAISSANCE : .....
Prénom : .....
Date de Naissance : ... / ... / ... Sexe : ...

PRELEVEMENT(S)

Moelle osseuse : Date : ... / ... / ... Heure : .....
Sang : Date : ... / ... / ... Heure : .....

INDICATION

☐ **Diagnostic initial** ☐ **Rechute** ☐ **MGUS** ☐ **Leucémie à plasmocytes**
☐ **Autre** (veuillez préciser) **:** .....

PRESCRIPTION

☐ **NGS (profil moléculaire complet)*** [RIHN 8170] **OU** ☐ **FISH del(17p) seule** [B500 + BHN340]

** Toutes anomalies cytogénétiques pronostiques et théranostiques (incluant notamment **del(17p)**, t(4;14), t(14;16), t(14;20), **t(11;14)**, del(1p32), gain 1q) et mutations récurrentes (dont TP53)*

NB : Le matériel non utilisé pour l'analyse est cryopréservé et pourra être utilisé comme calibrant pour un éventuel suivi de MRD par NGS.

MEDECIN PRESCRIPTEUR (pour envoi des résultats) :

NOM, Prénom : .....
Centre / Service : .....
Téléphone : ..... Fax : .....
N° RPPS : ..... Email : .....

ADRESSE DE FACTURATION

+ TAMPON