RECHERCHE DE MUTATION DANS LE DOMAINE TK D'ABL1 PAR NGS

LABORATOIRE HEMATOLOGIE, Hôpital HAUT LEVËQUE
Avenue de Magellan, 33604 Pessac
☎ 05 57 65 64 78 (sec) – 05 57 65 68 45 (fax)
✉ hemato_ghs@chu-bordeaux.fr

Identification PATIENT *(ou étiquette)*

NOM DE FAMILLE (*nom de naissance)*

|_____|

NOM D'USAGE

|_____ _|

PRENOM |_____|

SEXE M☐ F☐

NE(E) LE |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Identification MEDECIN PRESCRIPTEUR

NOM, PRENOM :

CENTRE/SERVICE :

ETABLISSEMENT DU PRESCRIPTEUR :

Date de la prescription : ___ / ___ /___

Date de prélèvement : ___ / ___ /___

RENSEIGNEMENTS CLINICO-BIOLOGIQUES

Type de pathologie : ☐ LMC ☐ LA Phi+ (comprend les LMC transformées)

Type de transcrit : ☐ p210 (B2A2, B3A2, B3A2+B2A2) ☐ p190 ☐ p230 ☐ Autre, précisez :

Indication d'analyse : ☐ Echec* ☐ Critères d'alerte* ☐ Perte de réponse (RMM, RCC…)
☐ Autre, précisez :

Taux de transcrit *BCR-ABL1* : dernier point de suivi : …….. %IS

Traitement en cours : ☐ Imatinib ☐ Dasatinib ☐ Nilotinib ☐ Bosutinib ☐ Ponatinib ☐ Asciminib
☐ Autre, précisez :

Ligne de traitement ☐ 1ère ligne ☐ 2ième ligne ☐ Autre :

*selon ELN 2020