

Etiquette Patient

Etiquette Demande

Etiquette Service Demandeur

**UNITE DE GENOMIQUE DU  
MYELOME**

**IUC**

1, Avenue Irène Joliot-Curie

I.U.C.T. - O

31059 Toulouse Cedex 09

**Biologistes :**

**Professeur Hervé AVET-LOISEAU**

Tel : 05 31 15 61 42

avetloiseau.herve@iuct-oncopole.fr

**Docteur Jill CORRE**

Tel : 05 31 15 61 73

corre.jill@iuct-oncopole.fr

**Laboratoire :**

Tel : 05 31 15 62 16 / 05 31 15 62 32

Fax : 05 31 15 62 13



En partenariat avec l'association IFM

## **BON D'ANALYSE FISH/NGS MYELOME**

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

Prélèvements à envoyer à t° ambiante, à l'adresse ci-contre :

- **10 ml de Moelle Osseuse sur tube EDTA (Préciser « Moelle » sur le tube)**

(Attention : ne pas prélever plus d'un ml de Moelle Osseuse sans déplacer le trocart !)

- **2 tubes secs de sang**

- **1 tube EDTA de sang**

- **Consentement signé du patient et du médecin**

**PATIENT :** NOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

Prénom : .....

Date Naissance : ..... / ..... / ..... Sexe : .....

**INDICATION :** Diagnostic initial  Rechute  MGUS  Autre

### **PRELEVEMENTS**

**Moelle osseuse :** Date : ..... / ..... / ..... Heure : .....

**Sang :** Date : ..... / ..... / ..... Heure : .....

**MEDECIN PRESCRIPTEUR** (pour envoi des résultats) :

**NOM, Prénom :** .....

**Centre/Service :** .....

**Téléphone :** ..... **Fax :** .....

**N° ADELI :** .....

### **ADRESSE DE FACTURATION**

**+ TAMPON**

### **PRESCRIPTION**

**NGS (profil moléculaire complet)\*** [RIHN 8170]

\* toutes anomalies cytogénétiques (incluant notamment *del(17p)*, *t(4;14)*, *t(14;16)*, *t(11;14)*, *gain 1q*, *del(1p32)*, *trisomies 5 et 21*) et mutations récurrentes

**OU**

**FISH del(17p) seule** [B500 + BHN340]