

# BIOLOGIE - HEMATOLOGIE

## BON POUR EXAMENS BIOLOGIQUES D'HEMATOLOGIE SPECIALISEE

Obligatoire

Prélevé le :       à   h   NOM du Préleveur : \_\_\_\_\_ NOM du Prescripteur : \_\_\_\_\_ Tel. ou Bip : \_\_\_\_\_

Nature prélèvement :  Moelle  Sang  Ganglion  Autre : \_\_\_\_\_

Diagnostic  Maladie résiduelle  Rechute  Suivi

**INFO CRTE :** Si une seule prescription, envoi sur la balancelle correspondante. Si plusieurs prescriptions, envoi sur la balancelle **1056**

**HEMATOLOGIE MOLECULAIRE 1035**  
Prélèvements sur EDTA (violet)  
0240084059  
**CRTE : saisie DxLab obligatoire**

- BCRABL LMC** : suivi BCR-ABL (*quantification*) 20mL
- JAK2 NMP** : JAK2 V617F
- HBM1 Panel NMP** : CALR, MPL, JAK2 exons 12 & 14
- HBM2 Panel LAM** : NPM1, FLT3, CEBPA, ASXL1, RUNX1, TP53, IDH1, IDH2, WT1, DNMT3A
- HBM3 Panel cibles thérapeutiques SMD/LAM** : IDH1, IDH2, FLT3
- HBM4 Panel SMD/NMP** : ASXL1, CALR, DNMT3A, IDH1, IDH2, JAK2, KIT, KRAS, MPL, NRAS, RUNX1, SRSF2, TET2, TP53
- HBL1 Panel LLC** : statut mutationnel IGHV et gènes TP53, BTK, PLCG2
- HBL2 Panel SLP-B** : MYD88, CXCR4, TP53, BTK
- HBL3 Panel clonalité lymphoïde T et gènes** : CARD11, CD28, DNMT3A, IDH2, JAK3, PLCG1, ROHA, STAT3, STAT5B, TET2, TP53
- HBL4 Panel clonalité lymphoïde B et gènes** : B2M, BRAF, BTK, CARD11, CXCR4, KRAS, MYD88, NRAS, PLCG2, STAT6, SOCS1, TNFAIP3, TP53
- NGSMUT Panel myéloïde élargi après décision RCP** : ANKRD26, ASXL1, BCOR, BCORL1, CBL, CEBPA, CSF3R, CSNK1A1, DDX41, DNMT3A, ETV6, EZH2, FLT3, GATA2, IDH1, IDH2, JAK2, KIT, KRAS, MPL, NFE2, NPM1, NRAS, PIGA, PPM1D, PTEN, PTPN11, RAD21, RUNX1, SBDS, SETBP1, SF3B1, SMC1A, SMC3, SRP72, SRSF2, STAG2, STAT3, TET2, TP53, U2AF1, UBA1, WT1, ZRSR2
- BMH** Autre .....

**CHIMERISME** : (Sg : 4 x 5mL ou MO : 1-2mL)

- CHIM SUIVI DE GREFFE**
    - Tri CD3  Tri CD34  Echantillon total
    - Suivi :  J30  J60  J90  6M  12M
  - CHIMPG UNIQUEMENT BILAN PRÉ GREFFE**
    - Receveur  Donneur
    - Nom du receveur : ..... Sexe du donneur M F
    - Fichier  Familial  Cordon(s)
- Date de greffe : .....

Réception au laboratoire

Date : ..... Heure : .....

Visa :

**CYTOMETRIE 1034**  
≤ 1mL de moelle  
ou 5mL de sang sur EDTA  
0240084053

- NATANO** Immunophénotypage des cellules anormales (en l'absence de renseignements cliniques, un immunophénotypage lymphocytaire est réalisé)
- PHEPLA** Immunophénotypage plasmocytaire
- MONO** Immunophénotypage monocytaire - suspicion de LMMC (**sang**)
- NUM34** CD34
- HPN** Clone HPN (**sang**)  
Date de la dernière transfusion :
- EMATST** EMA binding test
- GPPLAQ** Glycoprotéines plaquettaires
- Autre : .....

Etiquette Laboratoire

Etiquette Patient

Etiquette Service

**CYTOGENETIQUE 1052**  
1mL de moelle : milieu spécifique ou tube hépariné  
ou 7 mL de sang : tube hépariné (vert)  
0240084034

- LAL ou LAM : Caryotype + FISH (MO±Sg)
- MDS, cytopénie ou SMP : Caryotype (MO)
- LMC, NMP suspicion : FISH BCR-ABL (Sg)
- LMC : diag et suivi ; Caryotype ± FISH : (MO)
- LLC : FISH 17p-P53/11q (Sg)
- LLC protocole : Caryotype + FISH (Sg)
- LMNH, SLP : FISH ± Caryotype (prélèvement envahi)
- Hyperéosinophilie : Caryotype + FISH (MO)
- CEP XY (chimérisme sex mismatch) (Sg ± MO)
- Autre : .....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

- LAL
- LAM
- MDS
- Cytopénie
- LLC
- LMNH, SLP
- LMC
- MF
- PV
- TE
- NMP
- Thrombose
- MM
- MGUS → Pic (type et quantité) : .....
- Autre Préciser : .....

Traitement Spécifique Hémopathie en cours :

Date de début traitement en cours :

**TUMOROTHEQUE 1056**  
0240084958  
Consentement signé obligatoire (au dos)

**CULTURE DE PROGENITEURS**  
 **PRLV2 MOELLE** - Tube hépariné (vert)  
Uniquement le lundi et le jeudi  
Rendez-vous **obligatoire** au 0240084052

**MYELOME HORS PROTOCOLE 1056**  
0240084958  
Ne pas prélever le vendredi, ni la veille de jours fériés

MO sur EDTA (cytogén, FISH P53 et t(4;14))  
+ autre : préciser : .....

Sang : 2 EDTA + 2 T Secs (tumorothèque)



Information et consentement sur la constitution d'une collection d'échantillons pour un programme de recherche intitulé : "Hémopathies Malignes et Non Malignes et Pathologies de l'Hémostase"

Madame, Monsieur,

Votre prise en charge peut nécessiter des **prélèvements ou recueils** (prise de sang, biopsies, urines...). Après avoir été utilisés pour votre diagnostic ou votre traitement, vos échantillons peuvent présenter un intérêt pour des recherches liées à votre pathologie ou à d'autres domaines médicaux pouvant aboutir à de nouvelles méthodes de diagnostic ou de nouveaux traitements médicaux ou chirurgicaux.

Il vous est ainsi proposé de participer au **programme de recherche cité en titre**, nécessitant éventuellement, en plus des prélèvements et recueils habituels, un prélèvement de sang supplémentaire spécifique à ce programme (ne comportant pour vous que **des risques minimes**).

Ce programme de recherche nécessitera le recueil de certaines de vos **données de santé**, y compris vos origines ethniques ou raciales/géographiques, mais seulement si celles-ci présentent un intérêt justifié. Il pourra comprendre l'examen de vos caractéristiques génétiques. Cet examen ne constituera pas une consultation de génétique et ne servira pas à adapter votre prise en charge, ni celle de votre famille. Il ne visera pas à diagnostiquer ou confirmer une maladie génétique, mais à rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes inconnus susceptibles d'être à l'origine d'une maladie.

Les travaux de recherche seront conduits par les équipes du CHU de Nantes seules, ou en collaboration avec d'autres structures de recherche. Ces équipes pourront être **publiques** (ex : l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale - INSERM), **privées, industrielles, françaises ou étrangères**.

Si vous êtes d'accord, des recherches pourront aussi être conduites par ces organismes en dehors de toute collaboration avec le CHU de Nantes. Dans ce cas, le CHU de Nantes transférera **de manière confidentielle**, en France ou à l'étranger, vos échantillons et les données de santé associées.

Au sein de l'Europe la protection de vos données est garantie (Règlement européen UE 2016/679). Hors Europe, vos informations pourront être transmises dans des états n'ayant pas le même niveau d'exigence en termes de protection des données. Le cas échéant, le Promoteur prendra toutes les mesures nécessaires pour protéger les données recueillies et devra s'engager à assurer un niveau de sécurité équivalent à celui couvert par les lois françaises et européennes pour les données envoyées à l'étranger.

Les recherches sont réalisées dans des conditions strictes de confidentialité conformes à la réglementation. Tous les échantillons et les données associées sont systématiquement codés ou anonymisés.

L'objectif de ce programme de recherche n'est pas d'apporter des informations pertinentes pour votre santé en particulier ni celle de votre famille mais de favoriser le développement des connaissances dans le domaine de la santé. Cependant, si des travaux de recherche venaient à mettre en évidence de telles informations vous pourrez accepter ou refuser d'en être tenu(e) informé(e).

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser, ou de **changer d'avis à tout moment** sans avoir à vous justifier et **sans que cela ne modifie votre prise en charge et ses conditions**. Si vous refusez, vos échantillons seront détruits.

**Cadre réglementaire et traitement des données :**

Les programmes de recherches du CHU de Nantes sont déclarés au Ministère en charge de la recherche et soumis à l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes compétent. Le traitement automatisé de vos données de santé a fait l'objet de démarches réglementaires auprès de la **Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL)**.

La conservation, l'utilisation des échantillons et des données médicales collectés et leur éventuelle cession à des fins scientifiques nécessitent votre autorisation, en vertu des lois dites de « Bioéthique » et de la loi « Informatique et liberté » (loi modifiée du 6 janvier 1978), de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD). Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, de limitation, d'effacement et d'opposition du traitement de vos données personnelles. Vous pouvez également porter une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (CNIL pour la France : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte/>). Vos données seront conservées tout au long du programme de recherche. Après la fin de la recherche, les données seront archivées pour une durée conforme aux dispositions réglementaires, puis détruites.

Pour toute question concernant ce programme de recherche, pour retirer votre consentement ou pour exercer vos droits concernant vos données (accès, rectification, etc...) : vous pourrez contacter votre médecin. Pour toute question générale sur le traitement de vos données ou pour obtenir la copie de l'ensemble des mesures prises pour assurer la protection de vos données pour leur transfert Hors Europe vous pouvez contacter **le Délégué à la Protection des Données (DPO) : [vosdonneespersonnelles@chu-nantes.fr](mailto:vosdonneespersonnelles@chu-nantes.fr)**



Information et consentement sur la constitution d'une collection d'échantillons pour un programme de recherche intitulé : "Hémopathies Malignes et Non Malignes et Pathologies de l'Hémostase"

Merci d'indiquer votre décision en **complétant et signant** ce consentement

Je déclare avoir compris le but et les modalités de ce programme de recherche et mes droits détaillés dans le présent document et expliqués par le médecin. Dans le cadre de ce programme :

**Je soussigné(e), la personne prélevée:**

Mme  M. Nom de famille : ..... Prénom : .....  
 Nom de naissance : .....  
 Né(e) le : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| A (lieu de naissance) : .....

**précise :**

- être majeur et ne bénéficier d'aucune mesure de protection légale (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice)
- être mineur\*
- bénéficier d'une mesure de protection légale\* :  Tutelle,  Curatelle,  Sauvegarde de justice

\* Si vous êtes le ou les représentants légaux (pour les mineurs, et personnes protégées par la loi), la personne de confiance désignée ou un membre de la famille (pour les situations d'urgence), merci d'indiquer votre décision en **complétant/annotant et signant** ce document :

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.
Nom de famille : .....	Nom de famille : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Nom de naissance : .....	Nom de naissance : .....
Né(e) le :  _ _ / _ _ / _ _ _ _	Né(e) le :  _ _ / _ _ / _ _ _ _
A (lieu de naissance) : .....	A (lieu de naissance) : .....
Lien avec la personne participant au programme de recherche : .....	Lien avec la personne participant au programme de recherche : .....

**J'accepte de faire don de mes échantillons et des données associées** codées pour ce **programme** mené par le CHU de Nantes seul ou avec ses partenaires, y compris pour des analyses génétiques.

J'accepte  ou je refuse  que mes échantillons et les données associées codées soient utilisés pour la **recherche en dehors du CHU de Nantes** et laissés à l'usage de tiers publics ou privés, **en France ou à l'étranger**, dans le respect de la réglementation sur les biocollections.

**Je ne souhaite pas être informé(e)** dans le cas où les travaux de recherche mettraient en évidence de **nouveaux résultats intéressants ma santé**. Le médecin jugera par ailleurs de l'opportunité de m'en informer.

**PERSONNE SE PRETANT au programme de biocollection**

Date : ..... / ..... / .....	Signature :
---------------------------------	-------------

*Le cas échéant : les représentants légaux  
 Pour les mineurs : si la mère ou le père signe seul, il s'engage à avoir obtenu l'accord de l'autre parent*

Date : ..... / ..... / .....	Signature :
Date : ..... / ..... / .....	Signature :

**Médecin : J'atteste avoir pleinement expliqué à la personne signataire le but, les modalités de la biocollection**

Date : ..... / ..... / .....	NOM Prénom :	Signature :
---------------------------------	--------------	-------------