

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**

BIOLOGIE MOLECULAIRE 1054
 Prélèvements sur EDTA (violet)
 0240084059
CRTE : saisie DxLab obligatoire

- | | | |
|---|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> BCRABL suivi BCR-ABL (quantification) 20mL
<input type="checkbox"/> JAK2T JAK2 V617F
<input type="checkbox"/> CLONLY Clonalité lymphoïde B
<input type="checkbox"/> CLONLY Clonalité lymphoïde T
<input type="checkbox"/> MUTVH Statut mutationnel VH (LLC)
<input type="checkbox"/> TP53 Mutation TP53
<input type="checkbox"/> HEMRAF BRAF
<input type="checkbox"/> JAKEX12 JAK2 ex12
<input type="checkbox"/> MPLEX10 MPL Ex10
<input type="checkbox"/> LAMBM NPM1 et FLT3ITD
<input type="checkbox"/> CALR CALR
<input type="checkbox"/> MYD88 MYD 88
<input type="checkbox"/> Autre : | } | 10 mL Sg ou 1mL MO |
|---|---|--------------------|

CYTOMETRIE 1034
 ≤ 1mL de moelle
 ou 5mL de sang sur EDTA
 Rendez-vous au 0240084053

- NATANO** Immunophénotypage des cellules anormales (cf. renseignements cliniques)
 NUM34 CD34
 HPN Clone HPN
Date de la dernière transfusion:
 EMATST EMA binding test
 GPPLAQ Glycoprotéines plaquettaires
 Autre :

Etiquette Labo

Etiquette Patient

Etiquette Service

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

- CHIM** **SUIVI DE GREFFE**
 Tri CD... Echantillon total
 Suivi systématique
 Rechute Rejet greffon
 RIC RTC MAC
 CHIMPG **BILAN PRÉ GREFFE**
 Receveur Donneur
 Nom du receveur :
 Sexe du donneur M F
 Fichier Familial
 Cordon Double cordon
 Date de greffe :

Réception au laboratoire

Date : Heure :

Visa :

CYTOGENETIQUE 1052
 1mL de moelle : milieu spécifique ou tube hépariné
 ou 7 mL de sang : tube hépariné (vert)
 Rendez-vous au 0240084034

- LAL ou LAM : Caryotype + FISH (MO±Sg)
 MDS, cytopénie ou SMP : Caryotype (MO)
 LMC, SMP 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)
 HES : Caryotype + FISH (MO)
 CEP XY (chimérisme sex mismatch) (Sg ± MO)
 Autre :

TUMOROTHEQUE 1056
 0240084958
Consentement signé obligatoire (au dos)

CULTURE DE PROGENITEURS
 PRLVT2 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)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

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

Traitement Spécifique Hémapathie en cours :

Date de début traitement en cours :



**CONSENTEMENT relatif à
la conservation, l'utilisation et la cession de prélèvements
à des fins de RECHERCHE SCIENTIFIQUE y compris GENETIQUE et des données
associées codées en Hématologie Clinique**

Le service d'Hématologie Clinique du Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes participe aux programmes de recherche rattachés aux bio collections dédiées à la valorisation des échantillons prélevés en hématologie. Le but de ses programmes est de permettre l'amélioration des techniques diagnostiques en hématologie (recherche de nouveaux marqueur, dépistage précoce, prédiction d'évolution, définition de la sensibilité aux traitements..) afin de personnaliser la prise en charge des patients ; et de parfaire les connaissances que nous avons de la maladie dans le but de mieux la comprendre et de mieux la soigner. Ces programmes sont réalisés à partir des échantillons disponibles au décours de la prise en charge des patients, ou grâce à la réalisation d'un prélèvement de sang ne comportant que des risques négligeables. Il pourra également comprendre l'examen de vos caractéristiques génétiques. En cas d'absence de consentement, ces échantillons biologiques seront détruits et aucun prélèvement de sang ne sera réalisé. Ce programme de recherche peut également nécessiter le recueil de données médicales vous concernant, y compris des informations d'origine ethnique ou raciale. Afin de respecter leur confidentialité, ces données seront codées

Merci de nous indiquer votre décision en **complétant et signant** ce document qui sera joint à votre dossier médical et transmis au service en charge du stockage des échantillons biologiques.

Je déclare avoir compris le but et les modalités de ce programme, qui m'ont été expliqués par le Dr

Cochez les cases correspondant à votre situation et à votre choix :

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

Mlle Mme M.

Nom de famille : Nom de jeune fille :

Prénom :

né(e) le : | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | _ | (date de naissance)..... à : (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

le cas échéant, le ou les représentants légaux (uniquement pour les mineurs ou les personnes protégées par la loi *) :

Mlle Mme M.

Nom de famille : Nom de famille :

Prénom : Prénom :

Nom de jeune fille : Né le : | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | _ |

Né(e) le : | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | _ | à (lieu de naissance) :

à (lieu de naissance) :

Je suis libre de refuser ou d'accepter ma participation à la réalisation de ce programme de recherche et l'utilisation des données associées. Ma décision n'aura aucun effet sur ma prise en charge médicale, notamment sur les conditions dans lesquelles me sont et me seront apportés les soins.

Merci d'indiquer votre décision en cochant la ou les cases correspondant à votre choix

Je consens ou **je refuse** : faire don des échantillons biologiques disponibles au décours de ma prise en charge ou par prélèvement direct de sang, et que les échantillons et les données associées codées me concernant, soient **conservés et utilisés par le CHU de Nantes** pour le programme de recherche décrit en en-tête de ce formulaire et dans les conditions présentées dans la note d'information jointe.

Je consens ou **je refuse** : que mes échantillons biologiques, ainsi que les données associées codées, soient laissés à l'usage d'un ou de tiers en France ou à l'étranger, dans le respect de la réglementation, afin qu'il(s) effectue(nt) des recherches scientifiques portant sur le programme de recherche du CHU de Nantes, décrit en-tête de ce formulaire et dans les conditions présentées par l'équipe médicale ainsi que dans la note d'information jointe.

Je souhaite ou **je ne souhaite pas** : être informé(e) dans le cas où les travaux de recherche mettent en évidence de nouveaux résultats intéressant ma santé.

Ce formulaire, ainsi que toutes les informations personnelles me concernant resteront strictement confidentiels, sont et resteront couverts par le secret professionnel et médical, ainsi que par le respect dû à ma vie privée. En vertu de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée (notamment par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004) le traitement informatisé de mes données personnelles a été autorisé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et je dispose à cet égard d'un droit d'accès, d'opposition, et de rectification des données enregistrées sur informatique à tout moment, par l'intermédiaire de mon médecin.

Je suis libre de revenir sur ma décision en le signifiant aux responsables des bio collections

CHU de Nantes - 44093 NANTES CEDEX à l'attention de :

Pr M.C. BENE resp. du Laboratoire d'Hématologie / fax : 0240 08 40 50

ou Pr JF MOSNIER, resp. de la Tumorothèque, Service d'anatomopathologie, 30 bld Jean Monnet / fax : 02 40 08 73 99 /

e-mail : jfmosnier@chu-nantes.fr

Date : | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | _ |

Signature du patient :

Signature des représentants légaux* :

Signature du médecin :

PARTIE RESERVEE AU SERVICE D'HEMATOLOGIE :

Nom Programme : Myélome Hématologie Biologique Tumorothèque. de l'Institut Régional du Cancer Nantes Atlantique. (IRCNA)-