



Laboratoire de génétique chromosomique

Hôpital Morvan (bat 5bis) – 2, av Foch - 29609 BREST cedex

Email : labo-cytogenet@chu-brest.fr

Tél. : 02-98-22-33-24 ou 02-29-02-02-15

Fax : 02-98-22-39-61

LAB-CYRE-CGE1-ENR-001-06

DEMANDE D'EXAMEN CYTOGENETIQUE HEMATOLOGIQUE

Médecin Prescripteur	Service ou Laboratoire Préleveur (étiquette UF)
-----------------------------	--

PRELEVEMENT :

Moelle Ganglion Sang Autre :

Localisation prélèvement (*ex : axillaire, droit/gauche...*) :

Date : Heure : Préleveur : Qualité :

PATIENT (*coller l'étiquette d'identification du patient*)

Nom et Prénom :

Sexe :

Nom de naissance :

Date de Naissance :

Adresse :

INDICATION DE L'EXAMEN CYTOGENETIQUE

Renseignements clinico-biologiques :

Diagnostic envisagé ou connu :

Stade de la pathologie : diagnostic suivi rechute

Traitement :

Transfusion la semaine précédant le prélèvement ? non oui : préciser svp :

Pièce à joindre :

Consentement du patient à la conservation et à l'utilisation d'échantillons biologiques ou tissulaires à des fins de recherche incluant éventuellement examen des caractéristiques génétiques (disponible sur le catalogue des actes).