



**EVALUATION LONGUEUR DES TELOMERES PAR FLOW-FISH**

Biologiste responsable : Dr Elodie LAINEY ([elodie.lainey@aphp.fr](mailto:elodie.lainey@aphp.fr))



**MODALITES DU PRELEVEMENT**

- **Sang sur anticoagulant EDTA** (3 tubes bouchon violet, 7ml) **en cas de première demande.**
- **Sang sur anticoagulant Héparinate de Lithium** (3 tubes, bouchon vert, 7ml) **en cas de prélèvement de contrôle** → Si enfant de moins de 3 ans (ou <15kg), possibilité de prélever 2 tubes de 5ml au lieu de 3 en fonction du chiffre de Globules Blancs (ou voir avec le biologiste responsable de l'analyse)
- Analyse réalisable uniquement chez les patients âgés de **0 à 65 ans** (absence de normes)
- Transport rapide entre 15-25°C accompagné de cette **fiche de renseignements**
  - du **dernier compte rendu de consultation/hospitalisation**
  - d'un **bon de commande (indispensable++)**
  - d'un **consentement de Génétique**

• Analyse réalisée **uniquement sur RENDEZ-VOUS** (Téléphone ou Mail)  
 ☎ **01.40.03.41.94** (secrétariat 9h-16h) ou **01.87.89.16.52** (poste technique 16h-18h) ou ✉ : [cmf.hemato.rdb@aphp.fr](mailto:cmf.hemato.rdb@aphp.fr)  
 → Merci d'attendre l'obtention d'une réponse positive du laboratoire avant de convoquer le patient, de le prélever et d'envoyer les prélèvements.  
 → **Les prélèvements parvenant au laboratoire après 14h le jeudi ne pourront pas être pris en charge** (sauf cas exceptionnel après accord du biologiste du secteur)

Date du prélèvement : .....

Date d'envoi : .....

Nom du préleveur : .....

*Etiquette Patient*

*Tampon Service*

**Contact Médecin :**  
 Nom/Prénom : .....  
 Téléphone : .....  
 Mail : .....

**INDICATIONS DE L'EXPLORATION (à remplir impérativement par le MEDECIN prescripteur !)**

- Cas INDEX  OUI  NON  
 Apparenté  OUI  NON (préciser Nom cas Index).....  
 Dossier déjà évoqué en RCP Aplasie  OUI  NON

- **Tableau clinique évocateur d'une dyskératose congénitale**  OUI  NON  
 (Triade peau, ongles, leucoplasies des muqueuses + cytopénies)
- **Tableau clinique évoquant une aplasie médullaire d'origine constitutionnelle**  OUI  NON  
 (HbF élevée, macrocytose, dysmorphies etc...)
- **Bilan étiologique devant découverte aplasie/hypoplasie médullaire**  OUI  NON
  - Traitement SAL/Cyclo envisagée  OUI .....  NON
  - Greffe envisagée  OUI Date (préciser si géno): .....  NON

- Signes pulmonaires ou hépatiques  OUI (préciser).....  NON
- Syndrome myélodysplasique/LAM ou ATCD de Cancer  OUI (préciser).....  NON
- Hypersensibilité à la chimiothérapie  OUI.....  NON
- Déficit immunitaire  OUI (préciser) .....  NON
- Atteintes Neurologiques  OUI (préciser) .....  NON
- Retard Statural/Ostéoporose  OUI (préciser).....  NON
- Apparentés atteints  OUI (préciser).....  NON

Autres renseignements:.....  
 .....  
 .....

**DELAÏ DU RENDU** : ≅ 15 jours si examen demandé en urgence sur justificatif. Pour les autres demandes (*étude familiale, bilan étiologique...*), le délai varie entre 1 mois et 6 mois en fonction de la charge de travail du secteur.

**EXAMEN URGENT** :  OUI, Justificatif.....  NON