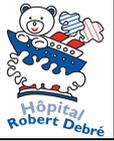


EVALUATION LONGUEUR DES TELOMERES PAR FLOW-FISH

Biologiste responsable : Dr Elodie LAINEY (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 (voir avec le biologiste responsable de l'analyse)
- Transport rapide entre 15-25°C accompagné de cette **fiche de renseignements**, du **dernier compte rendu de consultation/hospitalisation**, d'un **bon de commande** et d'un éventuel **consentement recherche**.
- Analyse réalisée **uniquement sur RENDEZ-VOUS** (Téléphone ou Mail)
☎ **01.40.03.41.40** (poste directe Biologiste) ou par le standard au **01 40 03 20 00**, demander le poste **3998** (Technicien Cytométrie en Flux) ou 📧 : **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 :

Heure du prélèvement :

Patient :

Etiquette Patient

Médecin :

Tampon Service/médecin

Nom Prénom :

Nom Prénom :

Date de Naissance :

Mail/Téléphone :

Sexe : M F

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:.....
.....
.....
.....

DEGRE D'URGENCE DU RENDU :