

**A ENVOYER AU LABORATOIRE DE CYTOGENETIQUE – INSTITUT JULES BORDET  
808, ROUTE DE LENNIK / 5<sup>ÈME</sup> ÉTAGE – 1070 BRUXELLES  
AU PLUS TARD LE LENDEMAIN DU PRÉLÈVEMENT AVANT 16H (POUR LES SUSPICIONS DE  
LAL: LE JOUR MÊME)**

**DONNEES DU PATIENT :**

Nom :	Renseignements cliniques :
Prénom :	
Adresse :	
Date de naissance :	
N°de dossier :	
NISS :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

**MEDECIN PRESCRIPTEUR :**

Nom :	Cachet et signature
N°INAMI :	
Hopital/Service :	
Adresse :	
Copie à :	
Date de la demande d'analyse : ...../...../.....	

**DONNEES PRELEVEMENT :**

NATURE DU PRELEVEMENT	DATE/HEURE /IDENTIFICATION
<input type="checkbox"/> SANG (TUBE HÉPARINE, SI POSSIBLE AU MOINS 5 ML)	Date :
<input type="checkbox"/> MOELLE (TUBE HEPARINE, SI POSSIBLE AU MOINS 2 ML)	Heure :
<input type="checkbox"/> BIOPSIE (TUBES FOURNIS PAR LE LABO SUR DEMANDE AU 02 541 31 16)	Nom de la personne qui a prélevé :
<input type="checkbox"/> AUTRE.....	

**TYPE D'ANALYSE :**

<input type="checkbox"/> CARYOTYPE
<input type="checkbox"/> FISH: <input type="checkbox"/> CHIMERISME (SEXE DONNEUR : M / F) <input type="checkbox"/> SUIVI LMC <input type="checkbox"/> AUTRE : .....
NB : - CES ANALYSES SERONT REALISEES OU NON EN FONCTION DES DONNEES CLINIQUES/PARACLINIQUES - CONTACT RESPONSABLES : 02 541 31 44 / 02 541 73 17 - CONTACT LABO : 02 541 31 16 / 02 541 31 17 / 02 541 72 68