LABORATOIRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRUXELLES
LHUB-ULB
UNIVERSITAIR LABORATORIUM BRUSSEL

Anderlecht **Porte de Hal** **Laeken**
Contact personnel de la santé uniquement : 02 435 20 00

OBLIGATOIRE
N° demande

CYTOGÉNÉTIQUE HÉMATO-ONCOLOGIQUE

OBLIGATOIRE
Coordonnées patient(e)
Nom, Prénom:
Date de naissance: JJ / MM / AAAA Sexe: ☐ F ☐ M
Adresse:

Département:

OBLIGATOIRE
Date de demande: JJ / MM / AAAA
Cachet et signature prescripteur:

☐ Copie à: .....
.....
.....

A envoyer au Laboratoire de Cytogénétique hémato-oncologique – Institut Jules Bordet
Rue Meylemeersch 90, route 1410 – 1070 Bruxelles
Au plus tard le lendemain du prélèvement avant 16h (**pour les suspicions de LAL : le jour même**)

OBLIGATOIRE
Date et heure de prélèvement : JJ / MM / AAAA HH H MM

OBLIGATOIRE
Prélevé par :

OBLIGATOIRE
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

TYPE DE PRÉLÈVEMENT

❍ Sang
(Tube héparine sans gel – vert foncé) 1 GV

❍ Moelle
(Tube héparine sans gel – vert foncé) 1 GV

❍ Biopsie
(Tubes fournis par le labo 02.541.31.16)

❍ Autre :..... .....

TYPE D'ANALYSE

☐ **1740** Caryotype

ULB Center of Human Genetics
www.ulgbenetics.be

☐ **1740** Fish : .....

REMARQUE

Ces analyses seront réalisées ou non en fonction des données cliniques/paracliniques
Contact responsables : 02.555.51.40 / 02.541.73.17
Contact laboratoire : 02.541.31.16 / 02.541.72.68