

Etiquette Patient

Etiquette Service

Tel: 17931 (hémopathies chroniques)
16894 (hémopathies aiguës)



Prescripteur :

Préleveur :

☐ Pas de résultats Cyberlab

Date et Heure de prélèvement

Jour ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
☐11 ☐12 ☐13 ☐14 ☐15 ☐16 ☐17 ☐18 ☐19 ☐20
☐21 ☐22 ☐23 ☐24 ☐25 ☐26 ☐27 ☐28 ☐29 ☐30 ☐31

Mois ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6
☐7 ☐8 ☐9 ☐10 ☐11 ☐12

Heures ☐00 ☐01 ☐02 ☐03 ☐04 ☐05 ☐06 ☐07 ☐08 ☐09 ☐10 ☐11
☐12 ☐13 ☐14 ☐15 ☐16 ☐17 ☐18 ☐19 ☐20 ☐21 ☐22 ☐23

Mn ☐00 ☐15 ☐30 ☐45

ANALYSES MOLECULAIRES DES HEMOPATHIES MALIGNES AIGUES ET MYELOIDES CHRONIQUES

Renseignements cliniques

☐ Diagnostic ☐ Suivi ☐ Rechute ☐ Progression ☐ Changement thérapeutique
☐ Protocole : ☐ Essai clinique :

Commentaires :

Hémopathie connue/suspectée

☐ LAM ☐ LAL-B ☐ LAL-T ☐ Hyperéosinophilie
☐ LMC ☐ TE ☐ PV ☐ MFP
☐ SMD ☐ LMCM ☐ LMC atypique ☐ Leucémie à Neutrophiles
☐ Autres :

Prélèvement

☐ Sang (3 tubes de 7mL EDTA bouchon violet) ☐ Moelle (2mL EDTA) ☐ Autre :

Conservation

☐ ADN ☐ ARN ☐ Cellules ☐ Plasma

Analyses génétiques

☐ Bilan LAM (RUNX1::RUNX1T1; CBFb::MYH11; KMT2A::MLLT3; NPM1; WT1; FLT3 ITD/TKD; IDH1/2)
☐ Bilan LAL-B (MBCR::ABL1; KMT2A::AFF1; TCF3::PBX1; WT1)
☐ Bilan LAL-T (MBCR::ABL1; PICALM::MLLT10; MLLT10::PICALM; NUP214::ABL1; SIL::TAL; WT)
☐ Recherche de transcrits de fusion (1)
☐ Maladie résiduelle des leucémies aiguës (1) en gras
Marqueur de suivi :
☐ Panel NGS myéloïde (2)

☐ Recherche BCR::ABL1
☐ Quantification BCR::ABL1
☐ Mutations tyrosine kinase ABL1

☐ JAK2 V617F ☐ Mutations IDH1/2
☐ CALR exon 9 ☐ FLT3-ITD/TKD
☐ MPL W515K/L
☐ JAK2 exon 12

(1) PML::RARA, BCR::ABL1, RUNX1::RUNX1T1, CBFb::MYH11, TCF3::PBX1, KMT2A::AFF1, ETV6::RUNX1, KMT2A::AFDN, KMT2A::MLLT3, KMT2A::MLLT10, KMT2A::MLLT6, KMT2A::ELL, KMT2A::MLLT1, PICALM::MLLT10, SIL::TAL, DEK::NUP214, MN1::ETV6/ETV6::MN1, NUP214::ABL1, MLLT10::PICALM, ETV6::PDGFRB, ETV6::ABL1, FIP1L1::PFGFRA

(2) MBCR::ABL1, ABL1, ANKRD26, ASXL1, ASXL2, BCOR, BRAF, CALR, CBL, CEBPA, CSF3R, CUX1, DDX41, DNMT3A, ETNK1, ETV6, EZH2, FLT3, GATA2, HRAS, IDH1, IDH2, IKZF1, JAK2, KIT, KRAS, MPL, NPM1, NRAS, PPM1D, PTPN11, RHOA, RUNX1, SETBP1, SF3B1, SH2B3, SRSF2, STAG2, TET2, TP53, UBA1, U2AF1, WT1, ZRSR2

DOSAGE DE CYTOKINES ET CULTURE DE PROGENITEURS HEMATOPOIETIQUES

☐ DOSAGE plasmatique de l'ERYTHROPOIETINE (EPO) 1 tube EDTA de 5mL
☐ Culture de progéniteurs médullaires (prendre RDV au poste 17931) 1 ml de moelle osseuse (tube EDTA)

☐ Tube surnuméraire

Accord pour étude génétique au verso



Formulaire de consentement pour participation à une étude génétique sur les syndromes myéloprolifératifs, des syndromes myélodysplasiques et des formes mixtes

Je soussigné(e)

Mme, Melle, M (rayer la mention inutile) (nom, prénom).....

accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche qui m'a été proposé par le docteur (nom, prénom, tél).....

Objectif de la recherche :

Identifier des mécanismes cellulaires et moléculaires résultant des mutations génétiques détectées lors du diagnostic ou du suivi des patients porteurs d'une néoplasie myéloproliférative, d'un syndrome myélodysplasique ou d'une forme mixte. Elle vise à identifier le lien entre la présence de ces mutations et l'initiation, la progression et/ou la réponse aux traitements de ces hémopathies malignes.

Etant entendu que :

-Le médecin qui m'a informé et a répondu à toutes mes questions, m'a précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

- Le médecin qui m'a proposé de participer à cette étude m'a laissé un temps de réflexion suffisant entre l'information reçue et la demande de consentement.

- Avant de participer à cette recherche j'ai bénéficié d'un examen médical dont les résultats m'ont été communiqués.

-Je pourrai avoir communication par mon médecin au cours ou à l'issue de la recherche des informations qu'il détient concernant ma santé.

- J'ai bien compris dans le formulaire d'information qui m'a été remis que pour pouvoir participer à cette recherche, je dois être affilié(e) ou bénéficier d'un régime de sécurité sociale. Je confirme que c'est bien le cas.

- Je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette recherche et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité mais je m'engage dans ce cas à en informer mon médecin. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à ma prise en charge médicale.

-Si je le souhaite, à son terme, je serais informé(e) par mon médecin qui a obtenu mon consentement des résultats globaux de cette recherche.

-Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur de l'ensemble de ses responsabilités et je conserve tous les droits garantis par la loi.

-Dans le cadre de la démarche diagnostique, une partie de mon prélèvement peut ne pas être utilisée mais il est important pour la communauté scientifique notamment à des fins de recherche médicale. J'autorise le stockage de mes échantillons biologiques et leur utilisation pour une recherche ultérieure.

-J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche comportant des données génétiques puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le médecin ou pour son compte. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi 2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exerce à tout moment auprès du médecin qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même médecin, qui contactera le promoteur de la recherche. Les données resteront confidentielles et ne pourront être utilisées que par l'investigateur ou ses collaborateurs

Signature du médecin qui atteste avoir pleinement expliqué à la personne signataire le but, les modalités ainsi que les risques potentiels de la recherche.

Fait à le.....

Signature du patient :

Fait à.....le.....

Nom du médecin et signature :