



EVALUATION LONGUEUR DES TELOMERES PAR FLOW-FISH

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

Tel Biologiste : 01-40-03-41-40



MODALITES DU PRELEVEMENT

- **Première demande :Sang sur anticoagulant EDTA** (3 tubes bouchon violet, 7ml)
- **Ou Prélèvement de contrôle :Sang sur anticoagulant Héparinate de Lithium** (3 tubes, bouchon vert, 7ml)
→ 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.**
- Transport rapide entre 15-25°C accompagné de cette **fiche de renseignements**
 - + du **dernier compte rendu de consultation/hospitalisation**
 - + d'un **bon de commande pour la facturation (hors APHP, indispensable++)**
 - + d'un **consentement de Génétique/Cryoconservation**

- Analyse réalisée **uniquement sur RENDEZ-VOUS** (Téléphone ou Mail)
 - **En cas de prélèvement parvenu sans RDV, le laboratoire se réserve le droit de ne pas le techniquer !!**
 - Délai maximum de réception au laboratoire pour prise en charge pré-analytique : **72h**
- ☎ **01.40.03.41.94** (secrétariat 9h-16h) ou **01.87.89.16.52** (poste technique 16h-18h) 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 :
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