

# EXPLORATION D'UNE POLYGLOBULIE (NGS) – BON DE DEMANDE



**PLATEFORME DE BIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE**  
 2, rue Angélique Ducoudray  
 BP 37013  
 21070 DIJON CEDEX  
 Tél : 03 80 29 57 10  
 Fax : 03 80 29 36 60

<b>CONTACTS</b>	<p><b>Professeur François Girodon</b>                  Plateforme de Biologie Hospitalo-Universitaire                   Laboratoire d'Hématologie                   2 rue Angélique Ducoudray                   francois.girodon@chu-dijon.fr</p>	<p><b>Docteur Bernard Aral</b>                  Plateforme de Biologie Hospitalo-Universitaire                   Laboratoire de Génétique Chromosomique et Moléculaire                   2 rue Angélique Ducoudray                   bernard.aral@chu-dijon.fr</p>
-----------------	---	--

<p><b>Identité du patient (étiquette)</b></p> <p>Nom .....                  (Née .....)                  Prénom .....                  Date de naissance ..... / ..... / .....                  Sexe    <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p><b>N° de SECURITE SOCIALE</b>                  .....</p> <p><b>Adresse patient</b>                  .....                  .....                  .....                  .....</p>	<p><b>Nom du médecin prescripteur</b>  <i>En clair (tampon)</i></p> <p>.....                  .....</p> <p>Téléphone .....</p> <p>Signature</p>	<p><b>Etablissement</b>  <i>(Étiquette du service si HMN)</i></p> <p>.....                  .....                  .....                  .....</p> <p>Service .....</p> <p>Téléphone .....</p> <p>Date d'envoi ..... / ..... / .....</p>
---	---	---

**Formulaire à remplir par le médecin prescripteur et à joindre à tout échantillon sanguin.** *Les études génétiques doivent faire l'objet d'un consentement éclairé écrit du patient (Code civil et Code de la santé publique) : joindre une attestation de consentement éclairé*

<b>GENOTYPAGE</b> <i>(Attestation de consentement éclairé obligatoire)</i>	
<b>Date et heure de prélèvement :</b>	
<input type="checkbox"/> Caractérisation moléculaire par séquençage NGS ( <i>Next Generation Sequencing</i> ) des gènes de la voie de l'hypoxie ( <i>VHL, EGLN1 (PHD2), EPAS1 (HIF2A), EPO-R, BPGM...</i> ).  <input type="checkbox"/> Recherche d'anomalie auprès d'un apparenté (étude de ségrégation)	Envoi de **: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 tubes <b>EDTA</b> 7mL - sang ou moelle</li> <li>- 1 tube <b>SEC</b> 7mL bouchon jaune - sang</li> <li>- un formulaire de renseignements cliniques</li> <li>- un bon de demande</li> <li>- <u>un formulaire de consentement pour chaque individu testé</u>                      (<a href="http://www.chu-dijon.fr/service/manuel-prelevements">www.chu-dijon.fr/service/manuel-prelevements</a>)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Confirmation d'anomalie sur un second prélèvement	Envoi de **: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 tubes <b>EDTA</b> 7mL - sang ou moelle</li> <li>- 1 prélèvement de cheveux (avec bulbe)</li> <li>- un formulaire de renseignements cliniques</li> <li>- un bon de demande</li> <li>- <u>un formulaire de consentement pour chaque individu testé</u>                      (<a href="http://www.chu-dijon.fr/service/manuel-prelevements">www.chu-dijon.fr/service/manuel-prelevements</a>)</li> </ul>

\*\* se référer au manuel de prélèvement du Laboratoire si besoin : <https://mp-ptb.chu-dijon.f>.

**Adresser les échantillons à TEMPERATURE AMBIANTE accompagnés des documents à l'adresse suivante :**

Plateforme de Biologie Hospitalo-Universitaire  
 Service PréAnalytique  
 2 rue Angélique Ducoudray  
 21070 DIJON CEDEX

**ADRESSE DE FACTURATION :**

.....  
 .....