

**A ENVOYER AU LABORATOIRE DE CYTOGENETIQUE – INSTITUT BORDET  
121, BLVD DE WATERLOO – 1000 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 :                    M                    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	

RECEPTION DES ECHANTILLONS AU LABORATOIRE :
<input type="checkbox"/> INITIALES TECHNICIEN : .....
<input type="checkbox"/> DATE : .....
<input type="checkbox"/> HEURE : .....