

 <p> Laboratoire de Biologie et Pathologie 2, rue Angélique Ducoudray BP 37013 21070 DIJON CEDEX Tél : 03 80 29 57 20 Fax : 03 80 29 36 60 </p>	<p> Professeur François GIRODON Laboratoire d'Hématologie francois.girodon@chu-dijon.fr </p>	<p> Docteur Bernard ARAL Laboratoire de Génétique Chromosomique et Moléculaire bernard.aral@chu-dijon.fr </p>
---	---	---

Identité du patient (étiquette) Nom (Née) Prénom Date de naissance / / Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F N° de SECURITE SOCIALE Adresse patient	Nom du médecin prescripteur <i>en clair (tampon)</i> Téléphone Signature	Hôpital Service Téléphone Date d'envoi / /
---	--	---

BON DE DEMANDE D'ANALYSES POUR LE DIAGNOSTIC D'UNE NEOPLASIE MYELO-PROLIFERATIVE

Nature du prélèvement:

sang moelle autre:

- Analyses demandées:**
- JAK2 V617F
 - Calréticuline
 - cMPL / exon10
 - JAK2 exon12
 - JAK2 exon14
 - Autre: à préciser

Envoi d'ADN:

Type d'extraction:

Tampon d'élution:

Concentration d'ADN: ng/μL, préciser la technique de dosage des acides nucléiques:

Volume d'ADN envoyé: μL

ADRESSE POUR L'ACHEMINEMENT DES ECHANTILLONS : Plateforme de Biologie Hospitalo-Universitaire Service Préanalytique 2 rue Angélique Ducoudray 21070 DIJON CEDEX	ADRESSE DE FACTURATION :
--	---