CHU DIJON BOURGOGNE – POLE DE BIOLOGIE
Plateforme de Biologie Hospitalo-Universitaire - 2 rue Angélique Ducoudray – BP 37013 – 21070 DIJON

Service de Génétique Chromosomique et Moléculaire
Professeur Patrick CALLIER – patrick.callier@chu-dijon.fr
Tél : 03.80.29.57.20 - Fax : 03.80.29.35.66

Service de Pathologie
Professeur Laurent MARTIN – laurent.martin@chu-dijon.fr
Tél : 03.80.29.33.01 - Fax : 03.80.29.57.17

Pour toute demande, merci de joindre :

- Le bon de demande d'analyse de CGH somatique
- La fiche administrative de renseignements du patient (si hors CHU Dijon) *(BMS4308)*
- Le formulaire de non opposition à la conservation de matériel biologique *(BMS 5821)*
- L'ordonnance
- Le compte-rendu anapath ou le myélogramme ou numération formule sanguine en fonction de la pathologie

En l'absence de ces documents, l'analyse ne sera pas effectuée.

BON DE DEMANDE D'ANALYSE DE CGH-Array SOMATIQUE

PATIENT *ou étiquette patient*	**PRESCRIPTEUR INITIAL** *ou tampon*
Nom, prénom : Nom de jeune fille : Sexe : ☐ F ☐ M Date de naissance _____ /_____ / _____	**Nom, prénom du prescripteur** : Spécialité : Etablissement : ☐ Besançon ☐ Nancy ☐ Reims ☐ Autre : E-mail et/ou téléphone : **Nom, prénom du préleveur :**

☐ **Examen urgent** *si oui, motif (tumeur solide, glioblastome, autre…) :*

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES, ANTECEDENTS	**ÉCHANTILLON À TESTER**
Stade de la maladie : ☐ Diagnostic ☐ Suivi ☐ Progression / Rechute	**Date du prélèvement :** _____ /_____ / _____ ☐ **Tissu** *(préciser la nature) :* ☐ bloc paraffine ☐ congélation ☐ **Sang EDTA (6 ml)** ☐ **Moelle** ☐ **ADN** ☐ **Autre :** **Nombre d'échantillons :** ☐ T° amb ☐ +4°C ☐ -20°C
INDICATION	**COMMENTAIRES**
☐ Tumeur cérébrale ☐ Oncologie *(préciser) :* ☐ Hémopathie maligne ☐ Myélome ☐ Autre :	