Centre de Référence des Syndromes hyperéosinophiliques

CENTRE DE REFERENCE SYNDROMES HYPEREOSINOPHILIQUES

Institut d'Immunologie – CHRU Lille - Docteur Guillaume LEFEVRE

Secrétariat: Mme Sylvie FIEVET-KEIRLE ou Mme Cyrielle GESQUIERE-LASSELIN

Tél : 03.20.44.55.72 – Fax : 03.20.44.69.54 - @ cyrielle.gesquiere@chru-lille.fr

CHU LILLE

EXPLORATION D'UNE HYPEREOSINOPHILIE CHRONIQUE

Date de Prélèvement : ……. / ……. / ……..…. Heure de prélèvement : ……. : …….

NOM de naissance : ……..……..……..……

PRENOM Complet du Patient : ……..……

SEXE : F ☐ M ☐ DATE de NAISSANCE : ……. / ……. / ……..…..

NOM (Marital) Complet du Patient : ……..

Etiquette patient

Centre demandeur : …… Service : ……..……

Médecin prescripteur : …… Téléphone : ……..

Mail du prescripteur : .....

1. **REMPLIR IMPERATIVEMENT LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (PAGE 2)**

2. **EXAMENS DEMANDES FACTURES : A COCHER SUR CETTE PAGE**

CADRE RECEPTION

- o **Enregistrement des pages 1 et 2 et analyses cochées:**
  OPEN : COMEOS
  MOLIS : COMEOS
- o **Scanner Pages 1 et 2 pour tous les dossiers**

- o **Phénotypage lymphocytaire (SHE lymphoïde)** **(Enregistrement Open : EOHP , Molis: EOHP)**
  - ☐ Bilan initial (dépistage) *Sang, EDTA 5 ml, transport à temp. ambiante (B80+BHN400)*
  - ☐ Surveillance d'une population anormale (précisez, CD3-CD4+, CD3+CD4+CD7-, CD3+CD4-CD8-TCRab+) :
  - ☐ Autre : _____

- o **Dosage de Tryptase** **(Enregistrement Open : TRYPT, Molis : TRYPT)**
  Sang, EDTA 5 ml, transport à temp. ambiante (B80)

- o **Caryotype médullaire conventionnel**
- o **Recherche de réarrangements PDGFRA, PDGFRB, FGFR1 par hybridation *in situ* (FISH)**
  Moelle, ou sang uniquement pour Eo > 1.5 G/L ou tri cellulaire envisageable sur appel préalable
  Tube héparine 5 ml, transport à temp. ambiante (B1000)

=> **COMPLETER IMPERATIVEMENT LA PAGE 3 PRE-REMPLIE POUR LE LABORATOIRE DE CYTOGENETIQUE**

- o **Clonalité T (Réarrangements TCR gamma/delta)** *Sang ou Moelle, EDTA 5 ml, transport à 4°C (BHN 770)*
- ☒ **Recherche du transcrit FIP1L1-PDGFRA par RT-PCR** *Sang ou Moelle, EDTA 5 ml, transport à 4°C (BHN 420)*
- o **Mutations géniques par NGS (panel SMP/SMD, 36 gènes) : *analyses réalisées uniquement en cas de suspicion d'hyperéosinophilie clonale persistante FIP1L1-PDGFRA nég, JAK2 nég sans anomalie au caryotype médullaire (voir détails des gènes étudiés sur notre site internet)*** *Sang ou Moelle, EDTA 5 ml, transport à 4°C (BHN 8170)*
- o **Autres analyses (JAK2, BCR-ABL, panel NGS..) : selon contexte, voir page 4**

=> **COMPLETER IMPERATIVEMENT LA PAGE 4 PRE-REMPLIE POURLE LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE**

PRELEVEMENTS A ENVOYER DANS LES 24 HEURES (OU CONGELE BM) PAR LE TRANSPORTEUR DE VOTRE CENTRE HOSPITALIER *(Transport à votre charge)* **ACCOMPAGNES DE CETTE FICHE A :**

Réception Biologie de Recours, CHRU de Lille, Centre de Biologie Pathologie

Rue Paul Nayrac - 59037 LILLE Cedex - **Tél. : 03.20.44.54.31**

MERCI DE PRIVILEGIER L'ENVOI DES TUBES AVANT JEUDI FIN DE MATINEE

Centre de Référence des Syndromes hyperéosinophiliques

CENTRE DE REFERENCE SYNDROMES HYPEREOSINOPHILIQUES

Institut d'Immunologie – CHRU Lille - Docteur Guillaume LEFEVRE

Secrétariat: Mme Sylvie FIEVET-KEIRLE ou Mme Cyrielle GESQUIERE-LASSELIN

Tél : 03.20.44.55.72 – Fax : 03.20.44.69.54 - @ cyrielle.gesquiere@chru-lille.fr

CHU LILLE

EXPLORATION D'UNE HYPEREOSINOPHILIE CHRONIQUE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

MERCI DE NOUS FAIRE EGALEMENT PARVENIR UN COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION OU DE CONSULTATION DU PATIENT DES QUE POSSIBLE.

Manifestations cliniques :

(merci de préciser succinctement le cas échéant le résultat des examens complémentaires, scanner, échographie cardiaque, IRM, biopsie…)

1. Manifestations cutanées
   Détailler :
2. Manifestations cardiaques
   Détailler :
3. Manifestations neurologiques
   Détailler :
4. Manifestations pulmonaires
   Détailler :
5. Manifestations digestives
   Détailler :
6. Polyadénopathie, hépatomégalie, splénomégalie
   Détailler :
7. Manifestations rhumatologiques
   Détailler :
8. Autre(s) Détailler :

Explorations biologiques :

Dernier taux d'éosinophiles (valeur absolue) : Taux d'éosinophiles maximum observé:

Autre(s) anomalies de la NFS :

EPS :

Vitamine B12 :

Tryptase :

IgE totales:

Médullogramme :

Caryotype (médullaire ? sanguin ?) :

NOTE D'INFORMATION SUR L'UTILISATION DE SES DONNEES REMISES AU PATIENT □ OUI □ NON
(NE PAS LA TRANSMETTRE AVEC LES PRELEVEMENTS SAUF OPPOSITION DU PATIENT)

CENTRE DE REFERENCE SYNDROMES HYPEREOSINOPHILIQUES
Institut d'Immunologie – CHRU Lille - Docteur Guillaume LEFEVRE
Secrétariat: Mme Sylvie FIEVET-KEIRLE ou Mme Cyrielle GESQUIERE-LASSELIN
Tél : 03.20.44.55.72 – Fax : 03.20.44.69.54 - @ cyrielle.gesquiere@chru-lille.fr

EXPLORATION D'UNE HYPEREOSINOPHILIE CHRONIQUE

Institut de Génétique Médicale
UF Cytogénétique Oncohématologique 9868

PRESCRIPTION Cytogénétique Oncohématologique

OPEN : CYTOG
MOLIS : CYTOG

Secrétariat du service Tel : 03.20.44.40.18 – Fax : 03.20.44.68.04
Catalogue des analyses : http://biologiepathologie.chru-lille.fr

Version : Juillet 2018

Date de Prélèvement : ……. / ……. / ……..…. Heure de prélèvement : ……. : …….
NOM de naissance : ……..……..……..……
PRENOM Complet du Patient : ……..……
SEXE : F ☐ M ☐ DATE de NAISSANCE : ……. / ……. / ……..…..
NOM (Marital) Complet du Patient : ……..

Etiquette patient

Centre demandeur : …… Service : ……..……
Médecin prescripteur : …… Téléphone : ……..

Type de prélèvement : (Moëlle, Sang, autre à préciser)

Conditionnement : (Tube Héparine)

DIAGNOSTIC EVOQUE : Syndrome Hyperéosinophilique **□ initial** **□ suivi**
(indispensable pour la bonne exécution de l'examen)

Traitement en cours : ……..

Cocher les examens demandés

□ **CARYOTYPE CONVENTIONNEL**
- □ Sang
- □ Moelle

□ **HYBRIDATION In Situ (FISH) réarrangement 4q12 (PDGFRA), PDGFRB, FGFR1**
- □ Sang uniquement pour Eo > 1.5 G/L ou tri cellulaire envisageable sur appel préalable
- □ Moelle

Traçabilité des contrôles - Analyses Ext			
Débal		C Admi	
Etique		C Ana	
Décant			

CENTRE DE REFERENCE SYNDROMES HYPEREOSINOPHILIQUES
Institut d'Immunologie – CHRU Lille - Docteur Guillaume LEFEVRE
Secrétariat: Mme Sylvie FIEVET-KEIRLE ou Mme Cyrielle GESQUIERE-LASSELIN
Tél : 03.20.44.55.72 – Fax : 03.20.44.69.54 - @ cyrielle.gesquiere@chru-lille.fr

EXPLORATION D'UNE HYPEREOSINOPHILIE CHRONIQUE

Institut d'Hématologie-Transfusion – Service d'Hématologie Cellulaire
ORDONNANCE D'ANALYSES de BIOLOGIE MOLECULAIRE

OPEN : BIOMO
MOLIS : ISOLBM

Secrétariat de Biologie de Recours : 03 20 44 47 83 – Ouvert de 8h à 18h du Lundi au Vendredi
Catalogue des analyses : http://biologiepathologie.chru-lille.fr

Date de Prélèvement : ……. / ……. / ……. Heure de prélèvement : ……. : …….
NOM de naissance : ……
PRENOM Complet du Patient : ……
SEXE : F ☐ M ☐ DATE de NAISSANCE : ……. / ……. / ……..
NOM (Marital) Complet du Patient : ……..

Etiquette patient

Centre demandeur : …… Service : ……..
Médecin prescripteur : …… Téléphone : ……..

OPPOSITION à LA CONSERVATION : ☐ oui ☐ non
La réponse à cette question est OBLIGATOIRE. Le document initial est à conserver dans le dossier patient au niveau du service clinique.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES :

Hyperéosinophilie / Syndrome hyperéosinophilique (HE/SHE)
- ☐ Bilan initial
- ☐ HE / SHE clonal connu, précisez :
- ☐ HE / SHE de variant « lymphoïde » connu, précisez :

JOINDRE LE RESULTAT DE LA NFS, et CARYOTYPE (si connu) :

Cocher les examens demandés
- ☒ **Transcrit FIP1L1-PDGFRA**
- ☐ **Clonalité T**

Autres analyses, selon contexte
- ☐ **Recherche du réarrangement BCR-ABL1* : Diagnostic**
- ☐ **Mutations de KIT (mutation D816V)**
- ☐ **Panel de 36 gènes :** ASXL1, BCOR, BCORL1, CALR, CBL, CSF3R, DNMT3A, ETV6, EZH2, FLT3, GATA2, IDH1, IDH2, JAK2, KIT, KRAS, MPL, NIPBL, NPM1, NRAS, PHF6, PTPN11, RAD21, RIT1, RUNX1, SETBP1, SF3B1, SMC1A, SMC3, SRSF2, STAG2, TET2, TP53, U2AF1, WT1, ZRSR2.
- ☐ **Congélation seule** (conservation pour analyse moléculaire ultérieure)

Traçabilité des contrôles - Analyses Ext			
Débal		C Admi	
Etique		C Ana	
Décant			