

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 :

Centre demandeur : Service :

Médecin prescripteur : Téléphone :

Mail du prescripteur :

Etiquette patient

CADRE RECEPTION

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

Enregistrement des pages 1 et 2 et analyses cochées:

OPEN : COMEOS

MOLIS : COMEOS

2. EXAMENS DEMANDES FACTURES : A COCHER SUR CETTE PAGE

Scanner Pages 1 et 2 pour tous les dossiers

- 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 : _____

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

- Caryotype médullaire conventionnel**
 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-REPLIEE POUR LE LABORATOIRE DE CYTOGENETIQUE

- Clonalité T (Réarrangements TCR gamma/delta)** Sang ou Moelle, EDTA 5 ml, transport à 4°C (BHN 770)
 Recherche du transcrit FIP1L1-PDGFR par RT-PCR Sang ou Moelle, EDTA 5 ml, transport à 4°C (BHN 420)
 Mutations géniques par NGS (panel SMP/SMD, 36 gènes) : analyses réalisées **uniquement en cas de suspicion d'hyperéosinophilie clonale persistante FIP1L1-PDGFR 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)
 Autres analyses (JAK2, BCR-ABL, panel NGS..) : selon contexte, voir page 4

=> COMPLETER IMPERATIVEMENT LA PAGE 4 PRE-REPLIEE POUR LE 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 Mlle Cyrielle GESQUIERE
Tél : 03.20.44.55.72 – Fax : 03.20.44.69.54 - @ cyrielle.gesquiere@chru-lille.fr



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

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 ?) :



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 Mlle Cyrielle GESQUIERE
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 :

Centre demandeur : Service :

Médecin prescripteur : Téléphone :

Etiquette patient

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

Moëlle

HYBRIDATION In Situ (FISH) réarrangement 4q12 (PDGFRA), PDGFRB, FGFR1

Sang uniquement pour Eo > 1.5 G/L ou tri cellulaire envisageable sur appel préalable

Moëlle

Traçabilité des contrôles - Analyses Ext

Débal		C Admi	
Etique		C Ana	
Décant			

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 :

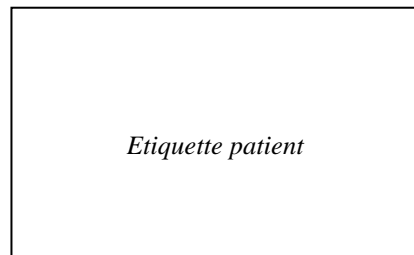
PRENOM Complet du Patient :

SEXE : F M DATE de NAISSANCE : / /

NOM (Marital) Complet du Patient :

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-PDGFR**
- 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			