



CONSIGNES DE REALISATION ET D'ENVOI DES PRELEVEMENTS PRE-INDICATION LEUCEMIES (METROPOLE) - AURAGEN FILIERE CANCER

1 PRELEVEMENT

Types de prélèvement accepté (selon disponibilité, *Annexe2*)

à mettre dans 1 cryotube :

- culot cellulaire de sang/moelle/LCR,
- culot Maxwell (HB-TG) sang/moelle/LCR
- fragment de biopsie congelé.



N.B : Pour les culots secs ou HB-TG, un minimum de **5 millions de cellules** est nécessaire.

L'échantillon tumoral envoyé pour AURAGEN doit être un prélèvement différent de celui conservé à visée sanitaire.

2 IDENTIFICATION DES PRELEVEMENTS

2.1 Etiquetage des tubes

- **Option 1 :**

Utilisez vos propres étiquettes pour identifier les tubes de prélèvements
Collez-en un exemplaire à l'emplacement prévu à cet effet sur la feuille de transfert.

- **Option 2 :**

Utilisez la planche d'étiquettes éditable depuis le formulaire de prescription sur HYGEN
(<https://hygen.auragen.fr>).

2.2 Traçabilité de l'envoi

Compléter le bordereau d'expédition (voir Annexe 1). Joindre une copie de celui-ci dans le colis et conserver l'original dans votre service.



3 CONSERVATION - ACHEMINEMENT

3.1 Prélèvement constitutionnel :

Pour les rechutes : prélevé lors de la RC, MRD < 0,1% : 2 ml de sang total ou culot cellulaire de moelle ou sang conservés à -20°C ou -80°C dans l'attente du prélèvement tumoral de rechute.

Le prélèvement doit être directement congelé.

3.2 Prélèvement somatique

Sang, moelle et tissus tumoraux : culots secs ou fragments de biopsie au *congélateur* -80°C dans l'attente de la carboglace d'expédition.

Les échantillons doivent nous être acheminés rapidement et ensemble.

4 PREPARATION DE L'EXPEDITION

- Insertion **des tubes**-dans un sac Diagnobag taille A5 homologué UN3373 **muni d'un adsorbant interne** (à fournir par vos soins).



- Rangement du ou des sacs Diagnobag dans une *poolbox* de **8 litres minimum de carboglace** **fournie par Starservice Healthcare** lors de l'enlèvement.
- Rangement *d'une copie du bordereau d'expédition (Annexe 1)*, **des feuilles de transfert, du consentement dûment signé et complété et du compte rendu du myélogramme au-dessus** de la boîte fermée contenant la carboglace et le carton, avant sa fermeture.
- Fermeture par la personne qui validera le départ de la boîte auprès *de Starservice Healthcare*.

5 DEMANDE D'ENLEVEMENT

Avant toute première demande d'enlèvement, un compte *Starservice Healthcare* doit être créé pour le service d'expédition de votre institution en contactant le secretariat@auragen.fr.

Nous enverrons à la personne référente de ce service d'expédition un lien avec ses identifiants et mot de passe.

La demande d'enlèvement d'un colis s'effectue **au plus tard** la veille de l'envoi *avant 19h* sur l'extranet de *Starservice Healthcare* (<https://portail.tse-medical.net/colibri/>), pour un départ le lendemain dans la journée (9h-17h).



Particularités (hors jours fériés) : Expédition du mardi au jeudi.

- Pas de demande d'enlèvement le jeudi pour une expédition le vendredi
- **Demande d'enlèvement à réaliser du lundi au mercredi** pour un dernier départ du jeudi et une livraison le vendredi

Les colis sont à manipuler avec précaution.

En cas de jours fériés, à voir au cas par cas.

- Pas de demande d'enlèvement l'avant-veille du jour férié pour une expédition la veille du jour férié.

Echantillons constitutionnels et somatiques (sang et tissu) température -80°C (carboglace)	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
Jour de demande d'enlèvement pour un départ le lendemain	avant 19h	avant 19h	avant 19h	Pour un départ le mardi uniquement	Pour un départ le mardi uniquement
Jour d'expédition de Starservice Heatlhcare		9h-17h	9h-17h	9h-17h	
Jour de réception			oui	oui	oui

Pour contacter le secrétariat d'AURAGEN : 04 72 11 25 40 / 04 72 11 25 50 / secretariat@auragen.fr



GCS AURAGEN
5 place d'Arsonval
Bâtiment B7
69003 LYON

**Consigne_prélèvement_KC
culot moelle_métropole**

ENR-Pré-022-03
Version : 3
Applicable le : 01-02-2023



ANNEXE 1



GCS AURAGEN
5 place d'Arsonval
Bâtiment B7
69003 LYON

**Bordereau d'expédition -
échantillons AURAGEN**

ENR-Pré-058-01
Version : 1
Applicable le : 25-01-2023



Merci de joindre une copie de ce tableau dans chaque colis et de conserver l'original

N° de commande : _____

Date d'envoi : _____

Nom de la personne en charge de l'envoi : _____

Nombre total de tubes dans le colis : _____

Service expéditeur ou cachet du service :

Tableau récapitulatif des échantillons expédiés

Identification du patient (Etiquette patient ou laboratoire ou identifiant de l'échantillon)	N° demande AURAGEN (MR-xxxx, KC-xxxx ou OC-xxxx)	Nombre de tubes

Partie réservée au laboratoire AURAGEN

Réception conforme/non conforme

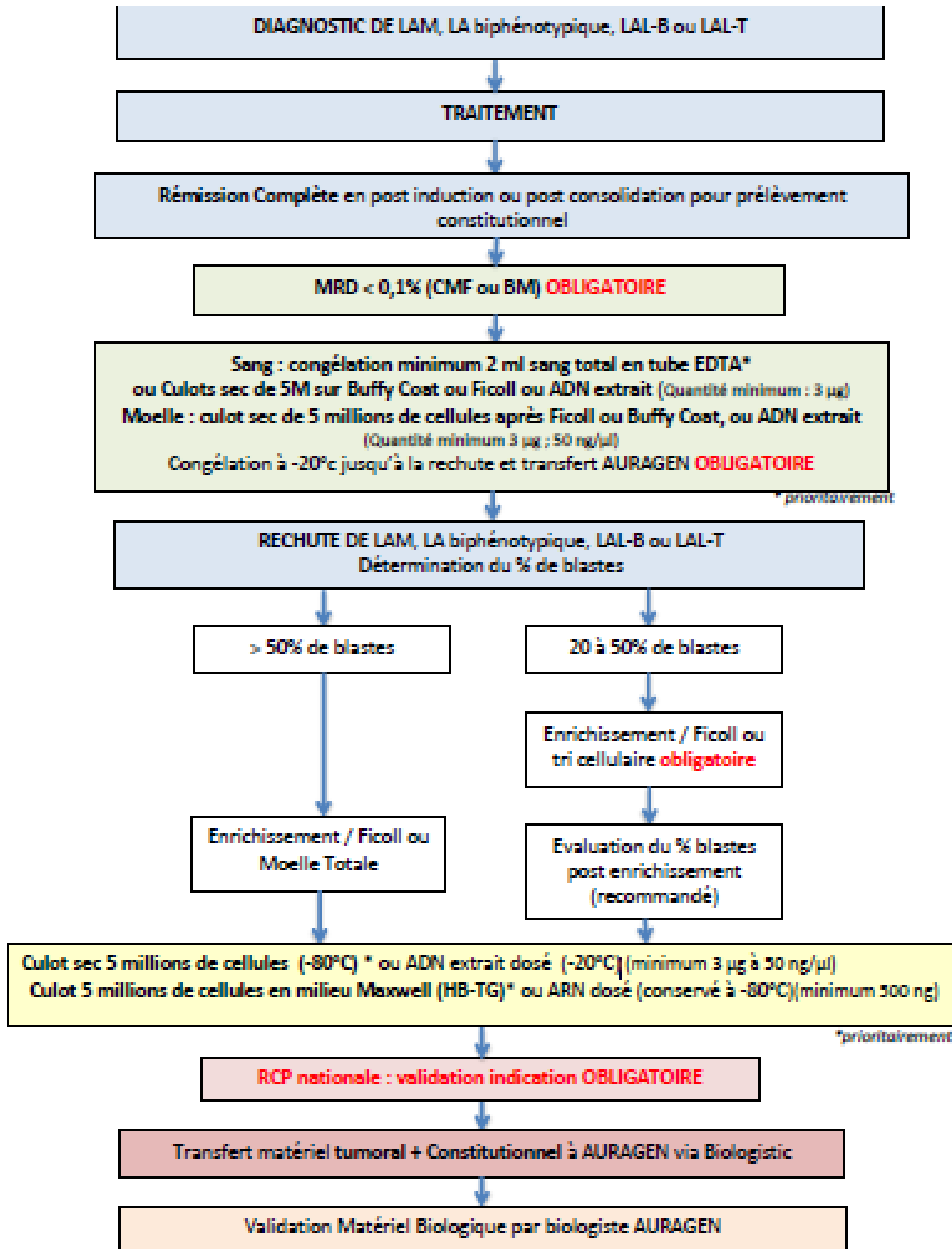
Date :

Pour contacter le secrétariat d'AURAGEN : 04 72 11 25 40 / 04 72 11 25 50 / secretariat@auragen.fr



ANNEXE 2

DEROULEMENT PRELEVEMENT LEUCEMIE AIGUE
WGS, RNAseq, Exome





BON DE PRESCRIPTION **HEMATOLOGIE**

IDENTIFICATION <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> PATIENT NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE : </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> RCP NATIONALE Date de validation RCP : </div>	PRESCRIPTEUR NOM : PRENOM : ETABLISSEMENT : BIOLOGISTE : NOM : PRENOM : ETABLISSEMENT :
--	---

CARACTERISTIQUES DE LA MALADIE <input type="checkbox"/> LAM <input type="checkbox"/> LAL-B <input type="checkbox"/> LAL-T <input type="checkbox"/> LA biphénotypique Date du diagnostic initial : Date de la rechute :		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;"> Cytogénétique diagnostic </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;"> Biologie moléculaire diagnostic </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;"> Traitement /protocole Première ligne Réponse : </div>

Consentement spécifique signé ?
 OUI (OBLIGATOIRE)
 Nom du médecin ayant fait signer le consentement

Prélèvement tumoral de Rechute

Date du prélèvement
 / /

Nature (sang/moelle)

Sang
 Moelle

Pourcentage de blastes

Cytologie %
 CMF

Avez-vous réalisé une technique préanalytique d'enrichissement ?

NON (moelle ou sang total)
 OUI (précisez)
 Ficoll
 Tri cellulaire
 % blastes post enrichissement ?
 OUI : %
 NON

Matériel envoyé :

<input type="checkbox"/> ADN Méthode d'extraction : Concentration (min 50 ng/µl): Quantité (min 3 µg):	<input type="checkbox"/> ARN Méthode d'extraction : Concentration : (min 30 ng/µl) Quantité (min 500 ng) :
<input type="checkbox"/> Culot sec de 5 millions de cellules*	<input type="checkbox"/> 5 millions de cellules en tampon HB-TG Maxwell*

Prélèvement constitutionnel OBLIGATOIRE

Date du prélèvement
 / /

Nature

Sang (2 ml / EDTA à -20°C)
 Moelle

Technique d'évaluation de la maladie résiduelle

Biologie Moléculaire
 CMF

Le pourcentage de cellules leucémiques est-il bien inférieur à 0,1% ? (condition obligatoire)

OUI

Matériel envoyé :

Sang total congelé à -20°C*
 ADN
 Méthode d'extraction :
 Concentration (min 50 ng/µl):
 Quantité (min 3 µg):

Culot sec de 5 millions de cellules*

Z

*prioritairement