CONSIGNES DE REALISATION ET D'ENVOI *DE CULOT CELLULAIRE OU BIOPSIE*
PRE-INDICATION LEUCEMIES
(METROPOLE) - AURAGEN FILIERE CANCER

1 PRELEVEMENT

Types de prélèvement accepté (selon disponibilité, Annexe *1 et ENR-Pré-065 disponible sur le site auragen.fr*)
à mettre dans 1 *tube de 2 ml :*

- **culot cellulaire de sang/moelle/LCR *sec***
- **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 *2*). 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 *sec* 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 son envoi en carboglace.*

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 *2*), **des feuilles de transfert, du consentement dûment signé et complété et du compte rendu du myélogramme au-dessus** *du* contenant *de* la carboglace,-avant *la* fermeture *du colis*.
- 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 *nous* contactant *à l'adresse AURAGEN.secretariat@chu-lyon.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 Healthcare		**9h-17h**	**9h-17h**	**9h-17h**	
Jour de réception			oui	oui	oui

ANNEXE 1 *(1/2)*

GCS AURAGEN
5 place d'Arsonval
Bâtiment B7
69003 LYON

Bon de prescription Biologie Hématologie

ENR-Pré-065-01
Version : 1
Applicable le : 22-11-2024

IDENTIFICATION

PATIENT
NOM : .....
PRENOM : .....
DATE DE NAISSANCE : .....

Centre : .....
Médecin prescripteur : .....

CARACTERISTIQUES DE LA MALADIE ☐ LAM ☐ LAL-B ☐ LAL-T ☐ LA biphénotypique

☐ Diagnostic ☐ Rechute ☐ Post-allogreffe (date de la greffe : .....)

Prélèvement constitutionnel pré-allogreffe
OBLIGATOIRE

Date du prélèvement

☐☐ / ☐☐ / 20.....

Nature

☐ Sang ☐ Moelle

☐ Biopsie peau : ☐ culture de fibroblastes
☐ biopsie directe

Technique d'évaluation de la maladie résiduelle (si moelle ou sang)

☐ Biologie Moléculaire ☐ CMF

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

☐ OUI ☐ NON : indiquer le taux de MRD : .....

Matériel envoyé :

☐ Sang total congelé à -20°C
☐ ADN
Méthode d'extraction : .....
Concentration (min 50 ng/µl): .....
Méthode dosage : ☐ spectrophotométrie
☐ fluorimétrie
Quantité (min 1,5 µg): .....
☐ Culot sec de 5 millions de cellules
☐ ADN extrait à partir de fibroblastes ou biopsie de peau

Numéro identification ADN constitutionnel pré-greffe
.....

Lieu de conservation du prélèvement :

☐ laboratoire local
☐ laboratoire centralisé : .....

Prélèvement constitutionnel post-allogreffe
OBLIGATOIRE si Greffe

Date du prélèvement

☐☐ / ☐☐ / 20.....

Nature

☐ Sang ☐ Moelle

☐ Biopsie peau : ☐ culture de fibroblastes
☐ biopsie directe

Technique d'évaluation de la maladie résiduelle (si moelle ou sang)

☐ Biologie Moléculaire ☐ CMF

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

☐ OUI ☐ NON : indiquer le taux de MRD .....

Matériel envoyé :

☐ Sang total congelé à -20°C
☐ ADN
Méthode d'extraction : .....
Concentration (min 50 ng/µl): .....
Méthode dosage : ☐ spectrophotométrie
☐ fluorimétrie
Quantité (min 1.5 µg): .....
☐ Culot sec de 5 millions de cellules
☐ ADN extrait à partir de fibroblastes ou biopsie de peau

Numéro identification ADN constitutionnel post-greffe
.....

Lieu de conservation du prélèvement :

☐ laboratoire local
☐ laboratoire centralisé : .....

ANNEXE 1 (2/2)

GCS AURAGEN
5 place d'Arsonval
Bâtiment B7
69003 LYON

Bon de prescription Biologie Hématologie

ENR-Pré-065-01
Version : 1
Applicable le : 22-11-2024

PRELEVEMENT TUMORAL

Date du prélèvement ☐☐ / ☐☐ / 20……

Nature (sang/moelle)

☐ Sang ☐ Autre : ……

☐ 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 :

☐ **ADN**

Méthode d'extraction : ……

Concentration : (min 50 ng/µl) ……

Méthode dosage : ☐ spectrométrie ☐ fluorimétrie

Quantité (min 1.5µg) : ……

☐ **Culot sec de 5 millions de cellules**

Numéro identification ADN tumoral
……

Lieu de conservation du prélèvement :

☐ laboratoire local

☐ laboratoire centralisé :
……..

☐ **ARN**

Méthode d'extraction : ……

Concentration : (min 50 ng/µl) ……

Méthode dosage : ☐ spectrométrie ☐ fluorimétrie

Quantité (min 1µg) : ……

☐ **5 millions de cellules en tampon HB-TG Maxwell**

Numéro identification ARN tumoral
……

Lieu de conservation du prélèvement :

☐ laboratoire local

☐ laboratoire centralisé : ……..

☐ **si allogreffe, chimérisme receveur lors de la rechute : ……%**

ANNEXE 2

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**	***Cadre réservé à AURAGEN*** ***Vérification de la présence des prélèvements***
			□ *Conforme* □ *Non conforme*
			□ *Conforme* □ *Non conforme*
			□ *Conforme* □ *Non conforme*
			□ *Conforme* □ *Non conforme*