

FORMULAIRE DE DEMANDE : DIAGNOSTIC MOLECULAIRE DES TUMEURS

Date et heure du prélèvement :	<input type="text"/>	Notre référence :	<input type="text"/>
Date de la prescription :	<input type="text"/>	Horodateur :	<input type="text"/>

COMMENTAIRE(S) INTERNE(S) <small>(réservé au Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques)</small>	<input type="radio"/> ADN déjà extrait – Référence :	Pourcentage infiltration :
	<input type="radio"/> Matériel demandé à – Le	[ADN] (ng/μL) :
	<input type="radio"/> Autre(s) :
NIP/IPP :	<input type="text"/>	

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	<input type="text"/>		
Prénom :	<input type="text"/>	Sexe F	<input type="checkbox"/>
		M	<input type="checkbox"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>		

MEDECIN PRESCRIPTEUR

PATHOLOGISTE DEMANDEUR

Nom, prénom :	<input type="text"/>	Nom, prénom :	<input type="text"/>
N ° INAMI :	<input type="text"/>	N ° INAMI :	<input type="text"/>

ANALYSE(S) DEMANDEE(S)

NGS sur ADN*	Panel POUMONS	<input type="checkbox"/>	MSI (instabilité des microsatellites)	<input type="checkbox"/>	
	Panel COLORECTAL	<input type="checkbox"/>		Méthylation MLH1 + BRAF	<input type="checkbox"/>
	Panel MELANOME	<input type="checkbox"/>		Mutations BRAF seul	<input type="checkbox"/>
	Panel GIST	<input type="checkbox"/>		Mutations gènes BRCA 1 et 2	<input type="checkbox"/>
	Panel SEIN (hors BRCA)	<input type="checkbox"/>		Mutations gènes POLE/TP53/CTNNB1	<input type="checkbox"/>
	Panel THYROIDE	<input type="checkbox"/>		Méthylation MGMT	<input type="checkbox"/>
	Panel PANCREAS	<input type="checkbox"/>		Mutations gènes IDH1&2	<input type="checkbox"/>
	Panel COMPLET	<input type="checkbox"/>		CGH	<input type="checkbox"/>
NGS sur ARN : recherche de translocations	<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		

* **ELIGIBILITE :** Etude Précision 1 Convention NGS Hors indication : justificatif

** Uniquement LMA, SMD, Myélobiose primitive, Néoplasie myélodysplasique/myéloproliférative, LMMC, LMCa et LCN.

IDENTIFICATION ET LOCALISATION ANATOMIQUE DU PRELEVEMENT

Votre référence	<input type="text"/>				Bloc(s)		<input type="text"/>
Cerveau	<input type="checkbox"/>	CA	Cœsophage	<input type="checkbox"/>	OP	ORIGINE	Biopsie médicale
Endomètre	<input type="checkbox"/>	ER	Ovaire	<input type="checkbox"/>	OR	Primaire <input type="checkbox"/>	Prélèvement chirurgical
Estomac	<input type="checkbox"/>	EM	Peau	<input type="checkbox"/>	PP	Métastase <input type="checkbox"/>	Cytologie (Ponction)
Ganglion	<input type="checkbox"/>	GY	Poumon	<input type="checkbox"/>	PO		Cytologie (Aspiration)
Intestin	<input type="checkbox"/>	IS	Autre (précisez)	<input type="checkbox"/>			Cytologie (Effusion)

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

Adénocarcinome	<input type="checkbox"/>	M-81403	Tumeur gliale (III, IV)	<input type="checkbox"/>	M-94403
Carcinome épidermoïde	<input type="checkbox"/>	M-80703	Mélanome	<input type="checkbox"/>	M-87203, MELA
GIST	<input type="checkbox"/>	M-89361	Autre (spécifiez)	<input type="checkbox"/>

CONDITIONS DE FIXATION : le fixateur DOIT être du formol 10% tamponné appliqué au moins 6 heures et idéalement moins de 48 heures. Le délai de fixation idéal est inférieur à une heure.

Délai de fixation	<input type="text"/>	Durée de la fixation	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	----------------------	----------------------