

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR LE DIAGNOSTIC MOLECULAIRE DES TUMEURS

Le bloc de paraffine et la lame histologique seront joints à la demande.

Date et heure du prélèvement :		Notre référence :	
Date de la prescription :		Horodateur :	

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	
	<input type="radio"/> Autre(s) :	[ADN] (ng/μL) :

IDENTIFICATION DU PATIENT

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

MEDECIN PRESCRIPTEUR

PATHOLOGISTE DEMANDEUR

Nom, prénom :		Nom, prénom :	
N ° INAMI :		N ° INAMI :	

ANALYSE(S) DEMANDEE(S)

SEQUENCAGE HAUT DEBIT (NGS)	Panel POUMONS	<input type="checkbox"/>	MSI (instabilité des microsatellites)	<input type="checkbox"/>	
	Panel COLORECTAL	<input type="checkbox"/>		Méthylation MLH1	<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 et TP53	<input type="checkbox"/>
	Panel THYROIDE	<input type="checkbox"/>		Méthylation MGMT	<input type="checkbox"/>
	Panel COMPLET	<input type="checkbox"/>		Mutations gènes IDH1&2	<input type="checkbox"/>
Panel HEMATOLOGIE*	<input type="checkbox"/>	CGH (1p19q)	<input type="checkbox"/>		
GENE EXPRESSION PROFILING - SEIN	<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>		

* Uniquement LMA, SMD, Myélofibrose primitive, Néoplasie myéloïdysplasique/myéloproliférative, LMMC, LMCa et LCN.

IDENTIFICATION ET LOCALISATION ANATOMIQUE DU PRELEVEMENT

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

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	Durée de la fixation
--------------------------	-------	-----------------------------	-------