

FORMULAIRE DE DEMANDE : DIAGNOSTIC MOLECULAIRE DES TUMEURS

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

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

IDENTIFICATION DU PATIENT

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)

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 COMPLET	<input type="checkbox"/>		Mutations gènes IDH1&2	<input type="checkbox"/>
	Panel HEMATOLOGIE**	<input type="checkbox"/>		CGH	<input type="checkbox"/>
NGS sur ARN : recherche de translocations	<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GENE EXPRESSION PROFILING - SEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* **ELIGIBILITE** : Etude Précision 1 Convention NGS

Hors indication : justificatif

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

IDENTIFICATION ET LOCALISATION ANATOMIQUE DU PRELEVEMENT

Votre référence					Bloc(s)			
Cerveau	<input type="checkbox"/>	CA	Œsophage	<input type="checkbox"/>	OP	ORIGINE	Biopsie médicale	
Endomètre	<input type="checkbox"/>	ER	Ovaire	<input type="checkbox"/>	OR		Primaire	<input type="checkbox"/>
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)	<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
-------------------	-------	----------------------	-------