

FORMULAIRE DE DEMANDE

RECHERCHE MOLECULAIRE SUR TISSU et PLASMA (cfDNA)

Herestraat 49 – 3000 Leuven

Tel.: 016 33 66 23 – Fax: 016 33 65 48

20-06-2024

Nr.9996

Identification	Matériel UZ Leuven Référence UZL PO :
	Matériel externe Nr. de réf. : Nature du prélèvement : Date de prélèvement :/...../ 20.....
(réservé à l'UZ Leuven PO)	

Fixateur/ milieu	Durée de fixation : <input type="checkbox"/> < 6u <input type="checkbox"/> 6 - 72u <input type="checkbox"/> > 72u
	Fixateur : <input type="checkbox"/> formaldéhyde tamponné 4% <input type="checkbox"/> autres : <input type="checkbox"/> formaldéhyde 4% <input type="checkbox"/> aucun: frais <input type="checkbox"/> Preservcyt®/Cytorich Red® <input type="checkbox"/> aucun: congelé

Type de matériel	<input type="checkbox"/> Bloc(s) de paraffine Nombre :								
	<input type="checkbox"/> Coupe(s) Nombre :								
	<input type="checkbox"/> lames blanches, coupées le :/...../ 20.....								
	<input type="checkbox"/> lames colorées: <input type="checkbox"/> HE <input type="checkbox"/> autres :								
<input type="checkbox"/> Tissu/liquide	<table border="1"><thead><tr><th>Nr. récipient</th><th>Contenu</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Nr. récipient	Contenu						
Nr. récipient	Contenu								

Renseignements cliniques:

Révision histopathologique requise? Qui Non

Interprétation requise du résultat moléculaire? Qui Non

Protocole du pathologiste envoyé? Qui Non

Nombre de colorations IHC déjà réalisées et facturées à l'INAMI :

Précisez les tests moléculaires déjà réalisés :

Identification de Pathologiste
Nom : Prénom : (cachet)
Adresse :
Laboratoire d'Anatomie pathologique:.....
Copie à d'autres médecins :

DATE DE DEMANDE : HEURES _ u
PRESCRIPTEUR Dr. :
I.D. nr. : I.N.A.M.I nr. :
Signature
ADRESSE prescripteur :
TEL. prescripteur :

EENHEID:	KAMER/BED: /
PATIENT IDENTIFICATION	EAD-/HOS-nr. :
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de : d d m m j j	Sexe :
INSTITUTION D'ASSURANCE KG1/KG2:	
Nr. d'assurance	Parenté
Nr. de tribu	
Indien patiënt elders gehospit. is; Naam inrichting	
Identificatienr. :	Dienst:

Type de tumeur	Test
POUMON	<input type="checkbox"/> analyse étendue des mutations et fusions pour une thérapie ciblée par ARN NGS-Seq (Archer CTL)*,d <input type="checkbox"/> recherches ciblées sur : <input type="checkbox"/> <i>ALK</i> ^a ALK IHC résultat : <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> nég <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> <i>EGFR</i> hotspots incl. p.T790M (envoyer la demande et l'échantillon de sang ou de plasma au CME, UZL) ^d Si contexte de résistance, mutation initiale: <input type="checkbox"/> PD-L1 IHC ^a Spécifiez l'anticorps : <input type="checkbox"/> autres :
OVAIRE	<input type="checkbox"/> <i>HRD en ce inclut BRCA1/2</i> (Envoyer en parallèle l'échantillon de sang au CME UZL pour contrôle avec le formulaire de demande 3028) <input type="checkbox"/> autres :
PROSTATE	<input type="checkbox"/> <i>BRCA1/2</i> (somatique) via NGS*,d (Envoyer en parallèle l'échantillon de sang au CME UZL pour contrôle avec le formulaire de demande 3028) <input type="checkbox"/> autres :
SYSTEME NERVEUX CENTRAL	<input type="checkbox"/> recherches ciblées sur: <input type="checkbox"/> 1p/19q co-deletie <input type="checkbox"/> Hyperméthylation <i>MGMT</i> ^d <input type="checkbox"/> analyse étendue des mutations par ADN NGS * (<i>IDH1/2, H3,...</i>) ^d <input type="checkbox"/> profilage de méthylation à l'échelle du génome + analyse des déséquilibres du génome entier ^d <input type="checkbox"/> autres :
SEIN	<input type="checkbox"/> MammaPrint BluePrint NGS RNA-Seq (test de profilage d'expression génique) ^{c,d} <input type="checkbox"/> analyse étendue des mutations par ADN NGS * (<i>PIK3CA, ESR1, HER2,...</i>) ^d <input type="checkbox"/> des recherches ciblées sur : <input type="checkbox"/> Amplification <i>HER2</i> HER2 IHC ^a score: <input type="checkbox"/> 0/1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> <i>PIK3CA</i> mutation hot-spot (envoyer la demande et l'échantillon de sang ou de plasma au CME, UZL) ^d <input type="checkbox"/> <i>ESR1</i> mutation hot-spot (envoyer la demande et l'échantillon de sang ou de plasma au CME, UZL) ^d <input type="checkbox"/> autres :
ESTOMAC	<input type="checkbox"/> Amplification <i>HER2</i> ^b HER2 IHC ^a score: <input type="checkbox"/> 0/1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> autres :
TISSUS MOUS/ OS	<input type="checkbox"/> recherches ciblées d'anomalies spécifiques (FISH <i>MDM2, EWSR1,.....</i>) <input type="checkbox"/> analyse étendue des fusions par ARN NGS-Seq (Archer Sarcoma) ^d <input type="checkbox"/> profilage de méthylation à l'échelle du génome + analyse des déséquilibres du génome entier ^d <input type="checkbox"/> autres :
REIN	<input type="checkbox"/> <i>TFE3 fusion</i> <input type="checkbox"/> <i>TFEB fusion/amplification</i> <input type="checkbox"/> LPS (Low Pass Sequencing pour les déséquilibres du génome entier) ^d <input type="checkbox"/> autres :
GLANDE SALIVAIRE	<input type="checkbox"/> analyse étendue des mutations et fusions par ARN NGS-Seq (Archer) ^{*,d} <input type="checkbox"/> autres:
FAMILIAL	Dépistage d'un cancer familial (panel germlinal) sur tissu tumoral (Si le patient est toujours en vie, envoyer l'échantillon de sang pour le dépistage à CME, UZL avec le formulaire de demande 3028.) <input type="checkbox"/> Contexte des tests :
GENERAL	<input type="checkbox"/> NGS ADN panel (96 gènes de cancer capturés, voir guide de laboratoire) ^d <input type="checkbox"/> Discuté lors de la consultation multidisciplinaire* <input type="checkbox"/> Colorectal (<i>BRAF, KRAS, NRAS, ...</i>) <input type="checkbox"/> Mélanome (<i>BRAF, KIT, NRAS, ...</i>) <input type="checkbox"/> Endomètre (<i>POLE, TP53, ...</i>) <input type="checkbox"/> Pancréas (<i>KRAS, BRCA1/2, ...</i>) <input type="checkbox"/> Carcinome neuroendocrine à grandes cellules (<i>RB1, TP53, ...</i>) <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> MSI PCR (Envoyer en parallèle l'échantillon de sang au CME UZL pour contrôle avec le formulaire de demande 3028) MSI résultat IHC : <input type="checkbox"/> PD-L1 IHC ^a Spécifiez l'anticorps : <input type="checkbox"/> Pan-TRK IHC ^a (Si positif une confirmation via NGS ARN seq (Archer) sera effectuée.) <input type="checkbox"/> autres :

* Comme requis dans le cadre de l'étude pilote NGS

^a Test pharmaco-diagnostique.

^b Externalisé à ZOL Genk.

^c Uniquement avec accord du patient lorsque les critères pour le remboursement ne sont pas respectés.
(<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/laboratoria/Paginas/terugbetaling-gep-vroegstadium-borstkanker.aspx>)

^d pour le guide de laboratoire voir : <https://laboboeken.nexuzhealth.com/pboek/Intralab/GHB%20CME>
Termes de recherche : Archer, SeqCap, Méthylation, Plasma, MammaPrint