

PRÉLÉVEUR	LOCALISATION _____	RAMQ _____
	DATE PRÉL.: ____/____/____ HEURE: ____:____	DOSSIER _____ SITE _____
PRESCRIPTEUR	NOM ET PRÉNOM LISIBLES _____	DATE DE NAISSANCE _____ SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	NOM ET PRÉNOM COMPLETS _____ No DE PERMIS _____	AA/MM/JJ _____
	TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE) _____	NOM _____ PRÉNOM _____
	MD ENCOPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES) _____ No DE PERMIS _____	NOM DE LA MÈRE _____
	NOM DE LA CLINIQUE DU MD ENCOPIE _____	ADRESSE _____
	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES _____	NOCIVIQUE/RUE _____ APT _____
	CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____	

NÉOPLASIES MYÉLOÏDES : PANEL DE SÉQUENÇAGE DE NOUVELLE GÉNÉRATION (SNG)

Le panel SNG sera fait uniquement :

- Si le décompte indique des blastes supérieurs à 10% (diagnostic de LMA)
- Sur un seul type de prélèvement pour un même patient (moelle ou sang).
- Lorsque les informations nécessaires sont complétées et répondent aux critères pour l'analyse du panel SNG.
- En présence d'information incomplète un courriel sera envoyé à votre adresse de pratique pour vous en avertir.

Information complémentaire :

courriel : dx_moleculaire_HSS@chudequebec.ca
téléphone : 418-682-7852

Veillez noter que ce panel ne permet pas la détection des translocations (*BCR::ABL1*, *PML::RARA*, *RUNX1::RUNX1T1*, *CBFB::MYH11*)

NATURE DE L'ÉCHANTILLON ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date de prélèvement: ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Heure: ____:____ (hh:mm) Préleveur : _____ # de pratique : _____
 Prescripteur : _____ # de pratique : _____
 Sang Moelle ADN purifié Origine ethnique du patient : _____
 FSC représentative : _____ Date : _____ Hb : _____ Plaquettes : _____
 Globules blancs : _____ Neutrophiles : _____

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

LMA - Leucémie Aiguë Myéloïde
 Diagnostic initial % blastes : _____
 Rechute / Progression Marqueurs en cytométrie de flux : _____

NMP triple négatif
 Diagnostic initial Date d'analyse : _____
 JAK2 V617F négatif Date d'analyse : _____
 CALR négatif Date d'analyse : _____
 MPL négatif Date d'analyse : _____
 En transformation % blastes : _____

SMD / Cytopenie(s) inexpliquée(s) (moelle seulement)
 Diagnostic initial Caryotype demandé : Oui Non
 En transformation % de blastes : _____

Purification d'acides nucléiques (moelle). En attente d'un diagnostic.
 Confirmation mutation d'origine germinale précédemment identifiée Indiquer le gène concerné : _____
 Commentaire : _____

PRÉLÈVEMENT ACCEPTÉ

Sang: 1 tube lavande (EDTA-K2) (minimum 3 ml) Tube non-centrifugé, température pièce
 Moelle: 1 tube lavande (EDTA-K2) (minimum 1 ml) Délai d'arrivée au laboratoire: moins de 48 heures

RÉCEPTION LABORATOIRE

Date: ____/____/____ Heures : ____:____ Accepté Accepté avec réserve Refusé
 aaaa/mm/jj hh:mm