OPTILAB Capitale-Nationale

Requête d'analyses hémato-oncologie — Recherche de translocations et mutations par PCR
Laboratoire de Diagnostic Moléculaire

PRÉLEVEUR

LOCALISATION

DATE PRÉL. : / / HEURE : :

NOM ET PRÉNOM LISIBLES

PRESCRIPTEUR

NOM ET PRÉNOM COMPLETS No DE PERMIS

TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE)

MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES) No DE PERMIS

NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

RAMQ

DOSSIER SITE

DATE DE NAISSANCE SEXE M ☐ F ☐
AA/MM/JJ

NOM PRÉNOM

NOM DE LA MÈRE

ADRESSE
NO CIVIQUE/RUE APT

CODE POSTAL TÉLÉPHONE

NATURE DE L'ÉCHANTILLON

☐ Sang ☐ Moelle* ☐ LCR ☐ ADN purifié ☐ ARN purifié ☐ Autre* :_____

vous référer au répertoire des analyses pour le type de prélèvement

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Statut

☐ Diagnostic initial
☐ Rechute
☐ Suivi

☐ LMC - Leucémie Myéloïde Chronique
☐ LLA - Leucémie Lymphoïde Aiguë
☐ LMA - Leucémie Myéloïde Aiguë
(Panel SNG : compléter le formulaire dédié)
☐ LLC - Leucémie Lymphoïde Chronique
☐ SMD - Syndrome Myélodysplasique
(Panel SNG : compléter le formulaire dédié)
☐ Lymphome/Syndrome lymphoprolifératif

☐ Néoplasies myéloprolifératives
(Panel SNG : compléter le formulaire dédié)
☐ PV-Polyglobulie de Vaquez, Polyglobulie vraie
☐ TE - Thrombocythémie essentielle
☐ MF - Myélofibrose primitive
☐ Syndromes Hyperéosinophiliques
☐ Mastocytose

Commentaires:_____

ANALYSE(S) DEMANDÉE(S)

CHIMÉRISME

☐ POLYM Chimérisme pré-greffe
☐ Donneur ☐ Receveur ☐ Étude gémellité
Nom du donneur/receveur/jumeau :_____
☐ POLYM Chimérisme post-greffe
Date de greffe:_____

NÉOPLASIES MYÉLOPROLIFÉRATIVES

☐ JAK2 Mutation *JAK2* V617F
☐ CALR Mutation *CALR (exon 9)*
☐ MPL51 Mutation *MPL* (codon 505 et 515)
☐ FIP1L1 Réarrangement *FIP1L1-PDGFRa* (del4q12)
☐ ETV6P Réarrangement *ETV6-PDGFRb* (t(5;12))
☐ CKIT Mutation *KIT* D816V
☐ JAK12 Mutation dans l'exon 12 de *JAK2* (moelle seulement)

Les demandes de panel de SNG doivent être faites en utilisant un formulaire distinct dédié à cette analyse.

LEUCÉMIE AIGUË

☐ BCRQ LLA - Diagnostic (Recherche réarrangement BCR-ABL1)
☐ PMLRA PML-RARa (t(15;17))
☐ INV16 *CBFb-MYH11* (Inversion 16)
☐ AMLET *RUNX1-RUNX1T1*(t(8;21))

☐ FLT3I *FLT3-ITD* (mutation de type ITD)
☐ FLT3T *FLT3-TKD* (mutation codon 835)
☐ NPM1 *NPM1 (mutation exon 11)*

Les demandes de panel de SNG doivent être faites en utilisant un formulaire distinct dédié à cette analyse.

DIVERS

☐ FVLEI Facteur V Leiden (p.R506Q)
☐ MUGPR Facteur II Prothrombine (g.20210G>A)
☐ GHEMO HFE C282Y, HFE H63D

AUTRE:_____

LMC - LEUCÉMIE MYÉLOÏDE CHRONIQUE

☐ BCRQ Recherche d'un réarrangement *BCR-ABL1* - DIAGNOSTIC
☐ BCRQ Quantification des ARNm *BCR-ABL1* – SUIVI (sang seulement) ☐ Patient en arrêt de traitement

PRÉLÈVEMENT ACCEPTÉ

Sang:	2 tubes lavandes (EDTA-K2)	(minimum 3 ml)	Tube(s) non-centrifugé(s), température pièce
Moelle:	1 tube lavande (EDTA-K2)	(minimum 1 ml)	Délai d'arrivée au laboratoire: moins de 48 heures

RÉCEPTION LABORATOIRE

Date: _____ (aaaa/mm/jj) Heures : _____ (hh:mm) ☐ Accepté ☐ Accepté avec réserve ☐ Refusé

☐ Envoi à l'extérieur :_____ Destination :_____

CHUQ / Hôpital St-Sacrement, 1050 Chemin Ste-Foy, Québec, G1S 4L8
Laboratoire de Diagnostic Moléculaire, Local J2-09 ou H1-01 Téléphone : 418-682-7852 Fax : 418-682-7866

ATTENTION : TOUTE DEMANDE D'ANALYSE INCOMPLÈTE OU NON CONFORME POURRAIT ÊTRE REFUSÉE