

PRÉLEVEUR
PRÉSCRIPTEUR

LOCALISATION	RAMQ
DATE PRÉL. : / /	HEURE : :
NOM ET PRÉNOM LISIBLES	
NOM ET PRÉNOM COMPLETS	NO DE PERMIS
TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE)	
MDENCOPIE(NOM ET PRÉNOM LISIBLES)	NO DE PERMIS
NOM DE LA CLINIQUE DU MD ENCOPIE	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	

DOSSIER	SITE
DATE DE NAISSANCE	AA/MM/JJ
NOM	PRÉNOM
NOM DE LA MÈRE	
ADRESSE	NOCIVIQUE/RUE
CODE POSTAL	APT
TÉLÉPHONE	

SEXÉ M F

NÉOPLASIES MYÉLOÏDES : PANEL DE SÉQUENÇAGE DE NOUVELLE GÉNÉRATION (SNG)			
Le panel SNG sera fait uniquement : <ul style="list-style-type: none"> 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	
NATURE DE L'ÉCHANTILLON ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES			
Date de prélèvement: _____ (aaaa/mm/jj)	Heure: _____ (hh:mm)	Préleveur: _____	# de pratique: _____
<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> ADN purifié	Origine ethnique du patient: _____		
FSC représentative: _____	Date: _____	Hb: _____	Plaquettes: _____
		Globules blancs: _____	Neutrophiles: _____
RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES			
<input type="checkbox"/> LMA - Leucémie Aiguë Myéloïde <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Diagnostic initial <input type="checkbox"/> Rechute / Progression <div style="margin-left: 20px;"> % blastes: _____ Marqueurs en cytométrie de flux: _____ </div> </div>			
<input type="checkbox"/> NMP triple négatif <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Diagnostic initial <div style="margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> JAK2 V617F négatif <input type="checkbox"/> CALR négatif <input type="checkbox"/> MPL négatif </div> <div style="margin-left: 10px;"> Date d'analyse: _____ Date d'analyse: _____ Date d'analyse: _____ </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> En transformation % blastes: _____ </div>			
<input type="checkbox"/> SMD / Cytopénie(s) inexplicable(s) (moelle seulement) <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Diagnostic initial <input type="checkbox"/> En transformation <div style="margin-left: 10px;"> Caryotype demandé: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> % de blastes: _____ </div> </div>			
<input type="checkbox"/> Purification d'acides nucléiques (moelle). En attente d'un diagnostic. <input type="checkbox"/> Confirmation mutation <u>d'origine germinale</u> 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: _____ aaaa/mm/jj	Heures: _____ hh:mm	<input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Accepté avec réserve <input type="checkbox"/> Refusé	