

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

PRÉLÈVEUR	LOCALISATION	RAMQ
	DATE PRÉL.: / / HEURE: :	DOSSIER SITE
PRESCRIPTEUR	NOM ET PRÉNOM LISIBLES	DATE D'NAISSANCE AA/MM/JJ SEXE M ☐ F ☐
	NOM ET PRÉNOM COMPLETS No DE PERMIS	NOM PRÉNOM
	TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE)	NOM DE LA MÈRE
	MD ENCOPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES) No DE PERMIS	ADRESSE NOCIVIQUE/RUE APT
	NOM DE LA CLINIQUE DU MD ENCOPIE	CODE POSTAL TÉLÉPHONE
	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	

NATURE DE L'ÉCHANTILLON

*vous référer au répertoire des analyses pour le type de prélèvement

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

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Le **STATUT CLINIQUE** (diagnostic initial, rechute/transformation, suivi) sert d'information clinique et **NE CONSTITUE PAS** une commande de tests. Veuillez **COCHER** explicitement chaque analyse désirée dans la section « Analyse(s) demandée(s) ».

Diagnostic présumé ou confirmé :

VERSO : Informations requises pour **analyse NGS** à compléter au verso

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| ☐ LMC - Leucémie Myéloïde Chronique | ☐ POST Allogreffe de CPH (Cellules Progénitrices Hématopoïétiques) | ☐ Mastocytose |
| ☐ LLA - Leucémie Lymphoïde Aiguë | ☐ Néoplasies myéloprolifératives | |
| ☐ LMA - Leucémie Myéloïde Aiguë | ☐ PV-Polyglobulie de Vaquez, Polyglobulie vraie | |
| ☐ LLC - Leucémie Lymphoïde Chronique | ☐ TE - Thrombocythémie essentielle | |
| ☐ SMD - Syndrome Myélodysplasique | ☐ MF - Myélofibrose primitive | |
| ☐ Lymphome/Syndrome lymphoprolifératif | ☐ Syndromes Hyperéosinophiliques | |

Statut clinique : ☐ Diagnostic initial
☐ Rechute/transformation
☐ Suivi

Commentaire : _____

ANALYSE(S) DEMANDÉE(S)

LMC - LEUCÉMIE MYÉLOÏDE CHRONIQUE	LEUCÉMIE AIGUË
☐ BCRQ DIAGNOSTIC - Recherche d'un réarrangement BCR::ABL1	☐ BCRQ LLA (Recherche réarrangement BCR::ABL1)
☐ BCRQ SUIVI – Quantification ARNm BCR::ABL1 (sang seulement)	☐ PMLRA PML::RARA (t(15;17))
☐ Usager en arrêt de traitement	☐ INV16 CBFb::MYH11 (Inversion 16)
	☐ AMLET RUNX1::RUNX1T1(t(8;21))
NÉOPLASIES MYÉLOPROLIFÉRATIVES	
☐ JAK2 Mutation JAK2 V617F (exon 14)	☐ FLT3I FLT3-ITD (mutation de type ITD)
☐ CALR Mutation CALR (exon 9)	☐ FLT3T FLT3-TKD (mutation codon 835)
☐ MPLS1 Mutation MPL (exon 10, codon 505 et 515)	☐ NPM1 NPM1 (mutation exon 11)
☐ FIP1 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)	
	NÉOPLASIES LYMPHOÏDES
	☐ MYD88 MYD88 L265P

(Suite au verso)

ANALYSE(S) DEMANDÉE(S) (suite)

CHIMÉRISME		HÉMOSTASE ET MÉTABOLISME DU FER	
☐ POLYM	Chimérisme pré-greffe ☐ Donneur Nom : _____ ☐ Receveur Nom : _____ ☐ Étude gémellité Nom : _____	☐ FVLEI	Facteur V Leiden (p.R506Q)
		☐ MUGPR	Facteur II Prothrombine (g.20210G>A)
		☐ GHEMO	HFE C282Y, HFE H63D
☐ POLYM	Chimérisme post-greffe Date de greffe : _____ (aaaa/mm/jj)		
☐ POLYM	Test de concordance d'échantillons		

PANEL SÉQUENÇAGE DE NOUVELLE GÉNÉRATION (SNG)

☐ NGSHEM Panel Néoplasies Myéloïdes

Contexte clinique :

- ☐ LMA – Leucémie myéloïde aiguë
- ☐ NMP triple négatif
- ☐ SMD – Syndrome Myélodysplasique (moelle seulement)
- ☐ CCUS – Cytopénie clonale de signification indéterminée (moelle seulement)
- ☐ Myélofibrose (usager éligible à une greffe de moelle)
- ☐ Confirmation mutation **d'origine germinale** précédemment identifiée, INDIQUER le gène : _____
- ☐ Purification d'acides nucléiques (moelle). En attente d'un diagnostic.

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

Informations cliniques complémentaires pour le SNG :

LMA, NMP/SMD en transformation :

% blastes : _____

Marqueurs cytométrie de flux : _____

NMP triple négatif :

Date d'analyse :

JAK2 V617F : _____

CALR : _____

MPL : _____

Caryotype demandé : ☐ oui ☐ non

Origine ethnique de l'usager : _____

FSC représentative :

Hb (g/L) : _____

Plaquettes (10⁹/L) : _____

Globules blancs (10⁹/L) : _____

Neutrophiles (10⁹/L) : _____

IMPORTANT

- Si des informations sont manquantes, un courriel sera envoyé à votre adresse de pratique. Le panel sera réalisé seulement lorsque toutes les informations requises seront complètes et conformes aux critères du panel SNG.
- Le panel sera fait sur un seul type de prélèvement pour un même usager (moelle ou sang).

Courriel : dx_moleculaire_HSS@chudequebec.ca

PRÉLÈVEMENT ACCEPTÉ	RÉCEPTION LABORATOIRE
Vous référer au répertoire des analyses pour le type de prélèvement.	Date : _____ (aaaa-mm-jj) Heure : _____ (hh:mm)
Sang : 2 tubes lavandes (EDTA-K2) (minimum 3 ml par tube)	☐ Accepté Initiale : _____
Moelle : 1 tube lavande (EDTA-K2) (minimum 1 ml)	☐ Accepté avec réserve Initiale : _____
Tube(s) non-centrifugé(s), température pièce	☐ Refusé Initiale : _____
Délai d'arrivée au laboratoire: moins de 48 heures	☐ Envoi à l'extérieur, destination : _____