OPTILAB Capitale-Nationale

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

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

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

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

Commentaire : _____

ANALYSE(S) DEMANDÉE(S)

LMC - LEUCÉMIE MYÉLOÏDE CHRONIQUE

☐ BCRCA	DIAGNOSTIC - Recherche d'un réarrangement BCR::ABL1
☐ TQBCR	SUIVI – Quantification ARNm BCR::ABL1 (sang seulement)
	☐ Usager en arrêt de traitement

NÉOPLASIES MYÉLOPROLIFÉRATIVES

☐ JAK2V	Mutation JAK2 V617F (exon 14)
☐ CALRG	Mutation CALR (exon 9)
☐ MPL	Mutation MPL (exon 10, codon 505 et 515)
☐ PDGFR	Réarrangement FIP1L1::PDGFRa (del4q12)
☐ ETV6	Réarrangement ETV6::PDGFRb (t(5;12))
☐ D816V	Mutation KIT D816V
☐ JAK2E	Mutation dans l'exon 12 de JAK2 (moelle seulement)

LEUCÉMIE AIGUË

☐ BCRCA	**LLA** (Recherche réarrangement BCR::ABL1)
☐ FABM3	PML::RARa (t(15;17))
☐ INV16	CBFb::MYH*11* (Inversion 16)
☐ RUNX	RUNX1::RUNX1T1(t(8;21))
☐ LMAMU	FLT3-ITD (mutation de type ITD)
☐ FLT3T	FLT3-TKD (mutation codon 835)
☐ NPM1	NPM1 (mutation exon 11)

NÉOPLASIES LYMPHOÏDES

☐ XMY88	MYD88 L265P

(Suite au verso)

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

ANALYSE(S) DEMANDÉE(S) (suite)

CHIMÉRISME

☐ CHIME Chimérisme pré-greffe

- ☐ Donneur Nom :_____
- ☐ Receveur Nom :_____
- ☐ Étude gémellité Nom :_____

☐ CHIME Chimérisme post-greffe

Date de greffe :_____(aaaa/mm/jj)

☐ CHIME Test de concordance d'échantillons

HÉMOSTASE ET MÉTABOLISME DU FER

- ☐ FVLEI Facteur V Leiden (p.R506Q)
- ☐ F2MUT Facteur II Prothrombine (g.20210G>A)
- ☐ HFE HFE C282Y, HFE H63D

PANEL SÉQUENÇAGE DE NOUVELLE GÉNÉRATION (SNG)

☐ PHEM 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 (10*9/L) :_____

Globules blancs (10*9/L) :_____

Neutrophiles (10*9/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

Vous référer au répertoire des analyses pour le type de prélèvement.

Sang : 2 tubes lavandes (EDTA-K2) (minimum 3 ml par tube)

Moelle : 1 tube lavande (EDTA-K2) (minimum 1 ml)

Tube(s) non-centrifugé(s), température pièce

Délai d'arrivée au laboratoire: moins de 48 heures

RÉCEPTION LABORATOIRE

Date : _____ (aaaa-mm-jj) Heure : _____ (hh :mm)

- ☐ Accepté Initiale :_____
- ☐ Accepté avec réserve Initiale :_____
- ☐ Refusé Initiale :_____
- ☐ Envoi à l'extérieur, destination :_____