



REQUÊTE
DE PATHOLOGIE MOLÉCULAIRE

Centre hospitalier demandeur : _____	
N° de référence du spécimen (n° pathologie/autre) : _____	N° de dossier usager : _____
Type de prélèvement ou site anatomique : _____	
Date de prélèvement (aaaa/mm/jj) : _____	
Renseignements cliniques : _____	
Analyse(s) demandée(s) :	
Recherche de clonalité des lymphocytes (technique : PCR BIOMED-2)	
<input type="checkbox"/> Recherche de population clonale de lymphocytes B	F C P
<input type="checkbox"/> Recherche de population clonale de lymphocytes T	F C P
* F = Fluide biologique C = Tissu congelé P = Tissu fixé et inclus en paraffine	
Note : Pour le sang, acheminer 1 tube à bouchon lavande (EDTA)	
Lymphomes (technique : hybridation in situ colorimétrique CISH)	
<input type="checkbox"/> Chaînes légères Kappa/Lambda (ARNm)	P
<input type="checkbox"/> Virus Epstein-Barr (EBER)	P
Pour le test demandé, SVP, spécifier : <input type="checkbox"/> Technique seulement ou <input type="checkbox"/> Interprétation par un pathologiste	
* P = Tissu fixé et inclus en paraffine	
Tumeurs neurologiques	
<input type="checkbox"/> Délétion 1p36 et 19q13 (technique : hybridation in situ fluorescente FISH)	P
<input type="checkbox"/> Méthylation du promoteur MGMT (technique : PCR)	P
* P = Tissu fixé et inclus en paraffine	
Fixation :	
<input type="checkbox"/> Formol 10 % tamponné	Délai : <input type="checkbox"/> Moins de 1 h <input type="checkbox"/> Plus de 1 h
<input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____	Durée : <input type="checkbox"/> 6 – 12 h <input type="checkbox"/> 12 – 24 h <input type="checkbox"/> 24 – 48 h <input type="checkbox"/> Plus de 48 h <input type="checkbox"/> Indéterminée
ENVOYÉ LE (aaaa/mm/jj) : _____	REÇU LE (aaaa/mm/jj) : _____
Par : _____	Par : _____
<input type="checkbox"/> Bloc(s) n° _____ <input type="checkbox"/> lame(s) _____	<input type="checkbox"/> Bloc(s) n° _____ <input type="checkbox"/> lame(s) _____
<input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____
Acheminer le spécimen avec le formulaire rempli au Service de pathologie – laboratoire de pathologie moléculaire, Hôpital du Saint-Sacrement, local KS1-01, 1050, chemin Sainte-Foy Québec (Québec) G1S 4L8 Tél. 418 682-7805	
Médecin demandeur : _____	N° de permis d'exercice : _____
Signature : _____	Date (aaaa/mm/jj) : _____