

FORMULAIRE DE DEMANDE : DIAGNOSTIC MOLECULAIRE DES TUMEURS

Date et heure du prélèvement :		Notre référence :	
Date de la prescription :		Horodateur :	

COMMENTAIRE(S) INTERNE(S) <small>(réservé au Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques)</small>	<input type="radio"/> ADN déjà extrait – Référence :	Pourcentage infiltration :
	<input type="radio"/> Matériel demandé à – Le	
	<input type="radio"/> Autre(s) :	[ADN] (ng/μL) :
NIP/IPP :		

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :					
Prénom :		Sexe F	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>
Date de naissance :					

MEDECIN PRESCRIPTEUR

PATHOLOGISTE DEMANDEUR

Nom, prénom :		Nom, prénom :	
N ° INAMI :		N ° INAMI :	

ANALYSE(S) DEMANDEE(S)

PANELS NGS SUR ADN	<input type="checkbox"/> POUMON	<input type="checkbox"/> TUMEUR CEREBRALE	<input type="checkbox"/> ENDOMETRE	<input type="checkbox"/> GIST
	<input type="checkbox"/> COLORECTAL	<input type="checkbox"/> SEIN (hors BRCA)	<input type="checkbox"/> THYROIDE	<input type="checkbox"/> PANCREAS
	<input type="checkbox"/> MELANOME	<input type="checkbox"/> PANEL COMPLET*	<input type="checkbox"/> AUTRE :	
PANELS NGS SUR ARN	<input type="checkbox"/> POUMON	<input type="checkbox"/> GLIOME	<input type="checkbox"/> THYROIDE	
	<input type="checkbox"/> SARCOME	<input type="checkbox"/> CHOLANGIOCARCINOME	<input type="checkbox"/> IHC NTRK POSITIVE	
	<input type="checkbox"/> AUTRE :			
TESTS ISOLEES	<input type="checkbox"/> MSI	<input type="checkbox"/> METHYL. MLH1+BRAF	<input type="checkbox"/> MGMT	
	<input type="checkbox"/> BRCA 1/2	<input type="checkbox"/> BRAF SEUL	<input type="checkbox"/> CGH	
	<input type="checkbox"/> AUTRE :			

* **ELIGIBILITE** : justificatif

IDENTIFICATION ET LOCALISATION ANATOMIQUE DU PRELEVEMENT

Votre référence				Bloc(s)			
Cerveau	<input type="checkbox"/>	CA	Oesophage	<input type="checkbox"/>	OP	ORIGINE	Biopsie médicale
Endomètre	<input type="checkbox"/>	ER	Ovaire	<input type="checkbox"/>	OR	Primaire	<input type="checkbox"/>
Estomac	<input type="checkbox"/>	EM	Peau	<input type="checkbox"/>	PP	Métastase	<input type="checkbox"/>
Ganglion	<input type="checkbox"/>	GY	Poumon	<input type="checkbox"/>	PO		Cytologie (Ponction)
Intestin	<input type="checkbox"/>	IS	Autre (précisez)	<input type="checkbox"/>			Cytologie (Aspiration)
							Cytologie (Effusion)

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

Adénocarcinome	<input type="checkbox"/>	M-81403	Tumeur gliale (III, IV)	<input type="checkbox"/>	M-94403
Carcinome épidermoïde	<input type="checkbox"/>	M-80703	Mélanome	<input type="checkbox"/>	M-87203, MELA
GIST	<input type="checkbox"/>	M-89361	Autre (spécifiez)	<input type="checkbox"/>

CONDITIONS DE FIXATION : le fixateur DOIT être du formol 10% tamponné appliqué au moins 6 heures et idéalement moins de 48 heures. Le délai de fixation idéal est inférieur à une heure.

Délai de fixation	Durée de la fixation
--------------------------	-------	-----------------------------	-------