



n° réception IPG

n° analyse IPG

DEMANDE D'ANALYSE ONCOHEMATOLOGIE & Consentement du patient (verso)

IDENTIFICATION PATIENT - Votre référence

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../..... Sexe : M F

Adresse complète :
Rue :n°
Code postal : Localité :
Mutuelle :
NISS :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR CACHET

Nom/Prénom :
Adresse :
N° Inami :
Date et signature :

(Space for stamp)

Copie à :
Adresse :

DEMANDE D'ANALYSE

Statut clinique :

Diagnostic Suivi* Rechute/Progression

**si patient diagnostiqué/suivi ailleurs, merci de nous référencer le centre afin de pouvoir éventuellement prendre contact avec celui-ci.*

Prélèvement : Votre référence :

Date/...../..... Heure :h..... Moelle Sang Ganglion Autre

Tube hépariné : min 2-5 ml
 Tube EDTA : min 3-5 ml
 Tube Streck : 2 x 8 ml
 Ggl sur compresse stérile humide

Analyse(s) souhaitée(s) : Histologie

Pathologies Myéloïdes	Pathologies lymphoïdes
LMA : <input type="checkbox"/> Caryotype (hépariné) → CGH si caryotype en échec <input type="checkbox"/> FISH (hépariné) <input type="checkbox"/> Bio mol ¹ (EDTA) <input type="checkbox"/> NGS (EDTA - <70 ans ou après CMO)	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> T LLA : <input type="checkbox"/> Caryotype (hépariné) <input type="checkbox"/> FISH (hépariné) <input type="checkbox"/> CGH (EDTA) <input type="checkbox"/> Bio mol ¹ (EDTA)
SMP : <input type="checkbox"/> Caryotype (hépariné) <input type="checkbox"/> FISH (hépariné) <input type="checkbox"/> Bio mol ¹ (EDTA) <input type="checkbox"/> NGS (EDTA - <70 ans ou après CMO)	LLC : <input type="checkbox"/> Caryotype (hépariné) <input type="checkbox"/> FISH (hépariné) <input type="checkbox"/> CGH (EDTA - < 65 ans) <input type="checkbox"/> Bio mol ¹ (EDTA)
SMD : <input type="checkbox"/> Caryotype (hépariné) → CGH si caryotype en échec <input type="checkbox"/> FISH (hépariné) <input type="checkbox"/> Bio mol ¹ (EDTA) <input type="checkbox"/> NGS (EDTA - <70 ans ou après CMO)	LNH/LH : <input type="checkbox"/> Caryotype (hépariné) <input type="checkbox"/> FISH (hépariné) <input type="checkbox"/> Bio mol ¹ (EDTA)
Autre :	Myélome : <input type="checkbox"/> Caryotype (hépariné) MGUS <input type="checkbox"/> FISH (hépariné) <input type="checkbox"/> CGH (EDTA) <input type="checkbox"/> Bio mol ¹ (EDTA)

¹: Liste des analyses de biologie moléculaire au verso

Renseignements cliniques : URGENCE

.....
.....
.....

Réservé à l'IPG

Code non-conformité : **Initiales TL**

Réservé à l'IPG

Réception :
 - Date :/...../.....
 - Heure :h.....
 Type de prélèvement :
 Quantité + aspect :
 Hép : EDTA :
 P :
 Nbre blancs :

CONTACT

1 LISTE DES ANALYSES EN BIOLOGIE MOLECULAIRE

LMA	LLA
<input type="checkbox"/> FLT3 ITD URGENT <input type="checkbox"/> t(15;17) (PML-RARA) URGENT <input type="checkbox"/> t(8;21) (ETO-RUNX1) <input type="checkbox"/> inv 16 (MYH11-CBFB) <input type="checkbox"/> NPM1	<input type="checkbox"/> BCR-ABL (diagnostic → p190 – p210) URGENT <input type="checkbox"/> BCR-ABL IS (suivi) <input type="checkbox"/> Mutations BCR-ABL (échec de traitement) <input type="checkbox"/> t(1;19) (E2A-PBX1) <input type="checkbox"/> t(4;11) (AF4-KMT2A) <input type="checkbox"/> t(12;21) (ETV6-RUNX1)
SMP - SMD	LNH
<input type="checkbox"/> BCR-ABL (diagnostic → p190 – p210) <input type="checkbox"/> BCR-ABL IS (suivi) <input type="checkbox"/> Mutation BCR-ABL (échec de traitement) <input type="checkbox"/> JAK2 V617F <input type="checkbox"/> JAK2 exon12 <input type="checkbox"/> CALR1 exon9 <input type="checkbox"/> MPL exon10 <input type="checkbox"/> cKIT D816V <input type="checkbox"/> Surexpression WT1	<input type="checkbox"/> Réarrangement B <input type="checkbox"/> Statut mutationnel IgH <input type="checkbox"/> Réarrangement T <input type="checkbox"/> Réarrangement BCL2 (lymphome folliculaire) <input type="checkbox"/> Surexpression cycline D1 (lymphome du manteau) <input type="checkbox"/> Mutation BRAF V600* (hairy cell leukaemia) <input type="checkbox"/> Mutation MYD88 L265P (DLBCL-Waldenström)
<input type="checkbox"/> NGS myéloïde (liste des gènes analysés et conditions de remboursement sur le site internet ou sur demande)	
<input type="checkbox"/> Autres	

La mise à jour des analyses de biologie moléculaire peut être téléchargée à l'adresse <http://www.ipg.be/demande-danalyses/>



CONSENTEMENT PATIENT(E) *

Je soussigné(e) _____, Date de naissance : _____

Domicilié(e) à _____ autorise le Docteur _____

à effectuer ou faire effectuer les études génétiques qui peuvent aider au diagnostic, au pronostic ou au traitement de la maladie dont je souffre.

J'ai compris les points suivants :

1. Les analyses font appel aux techniques de la génétique moléculaire. Certains tests permettent d'étudier un ensemble de gènes impliqués dans une même pathologie.
2. J'ai compris qu'il n'y a pas de garantie de résultat et que certaines mutations peuvent ne pas être détectées par ces techniques.
3. J'ai compris que cet examen peut mettre en évidence des variants génétiques acquis de signification inconnue ou révéler de manière fortuite des mutations héréditaires avec ou sans lien avec mes symptômes.
 - Dans cette dernière éventualité, je souhaite que mon médecin me tienne informé(e) oui non
4. Mon ADN sera conservé par le laboratoire.
 - J'autorise l'éventuelle utilisation des échantillons d'ADN pour la recherche scientifique. oui non
 - J'autorise le recueil et le traitement des données contenues dans mon dossier médical, en toute confidentialité. oui non
5. Je pourrai, à tout moment, réviser ma position à cet égard et, si je le désire, demander que le prélèvement de sang qui m'a été fait ou les produits de celui-ci, notamment l'ADN soit détruit.

Fait à : _____

PATIENT(E)

Nom : _____

Date : _____

Signature : _____

MEDECIN / CLINICIEN

Nom : _____

Date : _____

Signature : _____

(*) A signer obligatoirement pour réalisation de l'analyse