Institut de Pathologie et de Génétique ASBL

Tél. : 071 44 71 81
Fax : 071 34 78 61
www.ipg.be

DEMANDE D'EXAMEN – Secteur Hématologie

N° de réception IPG + code-barre	N° d'analyse IPG + code-barre

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : ..... **Prénom** : .....

NISS : ..... **Date de naissance** : ..... / ..... / ..... **Sexe** : ☐ M ☐ F

Attention : *Pour l'identification sans risque d'erreur des* ***patients belges, le n° NISS est obligatoire*** *sous peine de renvoi du prélèvement.* ***Pour les patients non-belges (sans NISS),*** *merci de bien vouloir mentionner leur adresse postale.*

ou **Vignette mutuelle** ou **Etiquette de l'hôpital avec NISS**

IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Cachet du médecin prescripteur avec **n° INAMI**

Signature :

Hôpital / Institution : .....

Date de la prescription : ..... / ..... / .....

Nom, prénom et adresse du médecin en copie : .....

.....

N° INAMI du médecin en copie : .....

☐ **Résultat urgent :** N° de téléphone si urgence : .....

INFORMATIONS RELATIVES AU PRELEVEMENT

Date et heure du prélèvement : ..... / ..... / ..... à ..... h ..... **Référence externe du prélèvement :** .....

Nom et prénom du préleveur : .....

Type de prélèvement : ☐ Moelle ☐ Sang ☐ Ganglion ☐ Autre .....

■ **Tube Hépariné** : min 2-5 ml (24h – RT°) ■ **Tube EDTA** : min 3-5 ml (24h – RT°) ■ Ggl sur compresse stérile humide (le + vite possible - RT°)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET TYPES DE DEMANDE D'ANALYSE

☐ **Diagnostic** ☐ **Rechute/Progression** ☐ **Suivi** : si le patient est diagnostiqué ou suivi hors IPG, merci de référencer le centre afin de pouvoir éventuellement prendre contact avec celui-ci : .....

Patient greffé ☐ **oui** ☐ **non**

Pathologies Myéloïdes :

LMA :
- ☐ Caryotype (Hépariné) (Caryotype moléculaire si caryotype en échec)
- ☐ FISH (Hépariné)
- ☐ Bio mol (voir verso) (EDTA)
- ☐ NGS (EDTA - <70 ans ou après CMO)

SMP :
- ☐ Caryotype (Hépariné)
- ☐ FISH *BCR::ABL1* (Hépariné)
- ☐ Bio mol (voir verso) (EDTA)
- ☐ NGS (EDTA - <70 ans ou après CMO)

SMD :
- ☐ Caryotype (Hépariné) (Caryotype moléculaire si caryotype en échec)
- ☐ FISH del 5q (Hépariné)
- ☐ Bio mol (voir verso) (EDTA)
- ☐ NGS (EDTA - <70 ans ou après CMO)

Hyperéosinophilie - FISH :
- ☐ Caryotype
- ☐ *PDGFRa::FIP1L1* (Hépariné)
- ☐ *PDGFRb* (Hépariné)
- ☐ *FGFR1* (Hépariné)
- ☐ *JAK2* (Hépariné)

Autre analyse - Histologie .....

Pathologies lymphoïdes : ☐ **B** ☐ **T**

LLA :
- ☐ Caryotype (Hépariné)
- ☐ FISH *BCR::ABL1* (Hépariné)
- ☐ Caryotype moléculaire (EDTA)
- ☐ Bio mol (voir verso) (EDTA)

LLC :
- ☐ Caryotype (Hépariné)
- ☐ FISH (Hépariné)
- ☐ Caryotype moléculaire (EDTA)
- ☐ Bio mol (voir verso) (EDTA)
- ☐ NGS (EDTA - <70 ans ou après CMO)

LNH / LH :
- ☐ Caryotype (Hépariné)
- ☐ FISH (Hépariné)
- ☐ Bio mol (voir verso) (EDTA)

Myélome / MGUS :
- ☐ FISH (Hépariné)
- ☐ Caryotype moléculaire (EDTA)
- ☐ Bio mol (voir verso) (EDTA)

Renseignements cliniques complémentaires :

.....

Voir consentement éclairé obligatoire au verso pour les NGS

LISTE DES ANALYSES DE BIOLOGIE MOLECULAIRE

NGS : ☐ NGS myéloïde (voir ci-dessous pour la liste des gènes analysés)

LMA :
- ☐ *FLT3* ITD – TKD - Urgent
- ☐ *IDH1* - *IDH2* - Urgent
- ☐ t(15;17) (*PML::RARA*) - Urgent
- ☐ t(8;21) (*ETO::RUNX1*)
- ☐ inv 16 (*MYH11::CBFB*)
- ☐ *NPM1*

LLA :
- ☐ *BCR::ABL1* (diagnostic p190 - p210 - p230) - Urgent
- ☐ *BCR::ABL1* IS (suivi)
- ☐ Mutations *BCR::ABL1* (échec de traitement)
- ☐ t(1;19) (*E2A::PCX1*)
- ☐ t(4;11) (*AF4::KMT2A*)
- ☐ t(12;21) (*ETV6::RUNX1*)

SMP / SMD :
- ☐ *BCR::ABL1* (diagnostic p190 - p210 - p230)
- ☐ *BCR::ABL1* IS (suivi)
- ☐ Mutation *BCR::ABL1* (échec de traitement)
- ☐ *JAK2* V617F
- ☐ *JAK2* exon12 (sur prélèvement médullaire)
- ☐ *CALR* exon9
- ☐ *MPL* exon10
- ☐ *cKIT* D816V (mastocytose)
- ☐ Surexpression WT1

LNH :
- ☐ Réarrangement B
- ☐ Statut mutationnel *TP53* (LLC à traiter)
- ☐ Statut mutationnel *IgH* (si *TP53* non muté)
- ☐ Réarrangement T
- ☐ Réarrangement *BCL2* (lymphome folliculaire)
- ☐ Surexpression cycline D1 (lymphome du manteau)
- ☐ Mutation *MYD88* L265P (DLBCL-Waldenström)
- ☐ Mutation *BRAF* V600 (hairy cell leukaemia)

Autre demande d'analyse :

.....

Le catalogue des dernières analyses ainsi que la liste des gènes analysés en **NGS** (et les conditions de remboursement) peuvent être téléchargés sur le site internet de l'IPG : http://www.ipg.be/wp-content/uploads/2014/12/Catalogue-danalyses-IPG.pdf

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ en vue d'une ANALYSE GÉNÉTIQUE - OBLIGATOIRE POUR L'ANALYSE NGS

Identification du patient : Voir en page 1.

J'ai **reçu les informations cliniques nécessaires** de la part du professionnel de santé. Je confirme avoir été **bien informé(e) sur les objectifs et le type d'analyse(s)** qui sera/seront réalisées(s) dans le cadre de la condition médicale mentionnée sur cette demande. Je comprends que des **variants de signification clinique inconnue** pourraient être mis en évidence dans un ou plusieurs gène(s), ne permettant pas de conclure formellement et définitivement quant à leur rôle pathogène.

Avec votre accord, vos **échantillons biologiques non utilisés** seront conservés. • J'accepte qu'ils puissent être utilisés pour vérifier les résultats obtenus, pour des analyses ultérieures et dans le cadre de l'assurance qualité du laboratoire. • J'accepte qu'ils puissent être conservés dans la Biobanque et utilisés à des fins de recherche ou dans le cadre de l'enseignement universitaire.	☐ **Oui** ☐ **Non** ☐ **Oui** ☐ **Non**
Je consens à être informé(e)[1] d'éventuels **résultats secondaires/complémentaires** [2] si ceux-ci ont des implications médicales directes (ex : possibilité de mesures de prévention ou conséquences thérapeutiques) ou peuvent constituer un risque génétique important pour moi ou les membres de ma famille. [1] Selon les connaissances scientifiques actuelles et sur la base des recommandations actuelles du Collège américain de génétique médicale et génomique (ACMG). [2] Variants pouvant être identifiés accidentellement au cours d'un test génétique et associés à une affection autre que celle pour laquelle le test a été initialement indiqué.	☐ **Oui** ☐ **Non**
(Si nécessaire), je consens à ce que mon échantillon, mes données personnelles et la demande de test soient transmis à un laboratoire ou à un institut coopérant spécialisé dans le but de rechercher la maladie susmentionnée.	☐ **Oui** ☐ **Non**
J'accepte que les données et les résultats de tests collectés dans le contexte de la maladie en question puissent être utilisés **sous une forme anonymisée pour la recherche scientifique** et publiés sous une forme anonyme dans des revues médicales (par exemple afin d'améliorer la compréhension des mécanismes moléculaires de la maladie et/ou dans le but de développer de nouvelles possibilités de diagnostic ou de traitement).	☐ **Oui** ☐ **Non**
Je consens à ce que mes données personnelles et les résultats des tests soient conservés au-delà de la période de conservation légale de 10 ans.	☐ **Oui** ☐ **Non**
Je consens à ce que les résultats de mes tests puissent être utilisés dans un but de conseil génétique et de test auprès de membres de ma famille potentiellement à risque.	☐ **Oui** ☐ **Non**

J'ai été informé(e) de mon **droit de retirer mon consentement** à tout moment et sans devoir en indiquer la raison, de mon droit d'interrompre les analyses entamées à tout moment avant la communication des résultats, ainsi que de mon droit d'exiger la destruction de tous mes échantillons.

Fait à : .....

Le : .....

Nom, prénom et signature du patient :

Cachet (ou nom, prénom) et signature du médecin prescripteur :