



Formulaire de requête pour la pathologie moléculaire

Hémato-oncologie et hématologie

Médecin requérant

Nom: Dr. _____
 Institution: _____
 Département: _____
 Address: _____
 Ville, code postal: _____
 Tel: (_____) _____-_____
 Fax: (_____) _____-_____ (pour envoi de résultats)

Patient

Nom de famille: _____
 Prénom: _____
 D.D.N: _____/_____/_____ (aaaa/mm/jj)
 Sexe: M F
 N° d'enregistrement HGJ: _____
 N° RAMQ: _____

Échantillon Date de procédure ____/____/____ (aaaa / mm / jj)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sang (tube lavande EDTA) | <input type="checkbox"/> Moëlle osseuse |
| <input type="checkbox"/> Tissu congelé, N° F- _____
N° chirurgical _____
Site _____ | <input type="checkbox"/> Bloc de paraffine, N° chirurgical _____
Site _____ |
| | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |

Test demandés

1 tube lavande EDTA, tissu congelé ou bloc de tissu fixé en paraffine pour toutes combinaisons de tests suivants (protocole BIOMED-2) :

- Clonalité lymphocytes B (*IGH* and *IGL*)
- Clonalité lymphocytes T (*TCR* γ , δ et β)
- BCL1/IGH*, translocation t(11;14), (locus MTC seulement)
- BCL2/IGH*, translocation t(14;18), (MBR, mcr et 3'MBR)

BCR/ABL, translocation t(9;22) (qPCR sur échelle IS)
(3tubes lavande EDTA)

JAK2, mutation p.V617F (c.1849G>T)
(1 tube lavande EDTA)

CALR, mutation exon 9 (insertions/délétions)
(1 tube lavande EDTA)

FLT3 (ITD & D835), *NPM1* et *CEBPA*, ensemble de 3 gènes (barrer le(s) test(s) à ne pas inclure, le cas échéant)
(1 tube lavande EDTA)

Commentaire:

PML/RARA translocation t(15;17)
(1tube lavande EDTA)

IGHV, analyse de hypermutations (1 tube lavande EDTA)

MYD88, mutation p.L265P (1 tube lavande EDTA)

KIT mutation p.D816V (exon 17, pour mastocytose)
(1 tube lavande EDTA, ou tissu frais, ou tissu fixé en paraffine)

Analyse de chimérisme ADN (pour transplantation cellules souches) - pré-transplantation (2 tubes lavande EDTA)

Analyse de chimérisme ADN (pour transplantation cellules souches) - post-transplantation (2 tubes lavande EDTA)

1 Tube lavande EDTA pour l'ensemble des tests suivants :

F5 Leiden (Facteur V Leiden), mutation c.1601G>A

F2 (Facteur II / prothrombine), mutation c.20210G>A

MTHFR, mutation c.677C>T

HFE (hémochromatose), c.845G>A & c.187C>G (envoi externe)

Instructions

Les échantillons avec ce formulaire de requête rempli, doivent parvenir au Centre de pathologie moléculaire entre 9h et 14h du lundi au vendredi, clairement identifiés avec le nom du patient, son N° RAMQ et sa date de naissance. N.B. Envoyer le sang ou la moëlle osseuse à la température de pièce dans un délai de 24h.

Adresse d'envoi:

Hôpital general juif
Centre de pathologie moléculaire, pièce E603
3755 ch. de la Côte- St-Catherine
Montréal, QC, H3T 1E2

Signature du médecin::

Date de requête:

____/____/____ (aaaa / mm / jj)

Les échantillons reçus sans formulaire de requête ne seront pas traités.