UZ LEUVEN

CENTRUM MENSELIJKE ERFELIJKHEID
LABORATORIUMGENEESKUNDE

FORMULAIRE DE DEMANDE

ANALYSES CYTOGENETIQUES ET MOLECULAIRES DANS LES AFFECTIONS HEMATO-ONCOLOGIQUES

7-10-322-09 e-mail: CME.hemato@uzleuven.be 08-2021 **Nr. 0014**

ANALYSES MOLECULAIRES PROPOSEES

BCR-ABL1 p210/p190/p230	NPM1 hotspot	DEK-NUP214	réarrangement CCND1
BCR-ABL1 variants rares	FLT3-ITD / mutations ponctuelles	RUNX1-RUNX1T1	réarrangement BCL2
BCR-ABL1 mutations DK	KMT2A-PTD	CBFB-MYH11	expression Cycline D1
JAK2 p.V617F / exon 12	mutations CEBPA	réarrangements KMT2A	réarrangement IGH/IGK
CALR hotspot	expression MECOM	ETV6-RUNX1	réarrangement TRB/TRG
MPL hotspot	expression WT1	TCF3-PBX1	analyse mutationnelle IGHV
FIP1L1-PDGFRA	mutations TP53	STIL-TAL1	BRAF p.V600E
KIT p.D816V	PML-RARA	amplification MYCN	MYD88 p.L265P

Panel: LMA – SMD – SMD/NMP – LLC – LLA-T
(gènes testés consultables sur https://www.uzleuven.be/nl/centrum-menselijke-erfelijkheid/vraag-een-diagnostische-test sous 'Aanvraagformulieren - Hemato-oncologische aandoeningen')

DEMANDE DANS LE CADRE D'UNE GREFFE

PROFIL ADN DU DONNEUR *

Ⓔ 609 ☐ sang (avant greffe)
Ⓔ 628 ☐ moelle (avant greffe)
610 ☐ frottis buccal
3255 ☐ autre: .....

Date de la greffe: ...../...../.....

PROFIL ADN DU RECEVEUR *

Ⓔ 608 ☐ sang
Ⓔ 605 ☐ moelle
607 ☐ cellules-souches
606 ☐ autre: .....

Sexe du donneur: ☐M / F☐

ID du receveur: .....

Date de la greffe: ...../...../.....

Le résultat du profil du donneur ne sera pas communiqué pour des motifs de confidentialité.

CHIMERISME APRES GREFFE *

Ⓔ 611 ☐ sang
Ⓔ 614 ☐ moelle
615 ☐ autre: .....

Date de la greffe: ...../...../.....

Type de greffe: ☐ cellules-souches hématopoïétiques
☐ autologue
☐ allogénique apparentée
☐ allogénique non-apparentée
☐ sang de cordon ombilical
☐ autre: .....

Les données relatives au donneur et au receveur sont requises pour l'interprétation du chimérisme après greffe

* exécuté au laboratoire CME/MolPLUZ UZ Leuven, accrédité selon les normes BELAC – ISO 15189 – 215-MED (pour le détail des tests accrédités http://belac.fgov.be)
Ⓔ 2-5 ml sur EDTA

DATE DE DEMANDE: _____ HEURE ____ h ___

DEMANDEUR Dr.: _____

I.D. nr.: N° INAMI: ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐

Signature

DATE DE PRELEVEMENT : _____ HEURE ____ h ___

UNITE: _____ CHAMBRE/LIT: _____ / _____

IDENTIFICATION EAD-/HOS-nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom: _____ Prénom: _____
Adresse: _____
Date de naissance: ☐☐☐☐☐☐ (j j m m a a) Sexe: ☐

ADRESSOGRAMME

ORGANISME ASSUREUR KG1/KG2: ☐☐☐ / ☐☐☐
N° ☐☐☐☐ Parenté ☐
Matricule _____

Si le patient est hospitalisé ailleurs, institution: _____
N° d'identification: _____ Service: _____

Art. 610014

UZ LEUVEN

CENTRUM MENSELIJKE ERFELIJKHEID
LABORATORIUMGENEESKUNDE

FORMULAIRE DE DEMANDE

ANALYSES CYTOGENETIQUES ET MOLECULAIRES DANS LES AFFECTIONS HEMATO-ONCOLOGIQUES

7-10-322-09

e-mail: CME.hemato@uzleuven.be; tél. BCR-ABL1 p210 IS: 016 34 70 00 , tél. autre: 016 34 59 03

08-2021

Nr. 0014

DONNEES CLINIQUES ET INDICATION

Motif de demande:

☐ Analyse diagnostique ☐ Analyse de suivi

.....

.....

Indication:

☐ anémie
☐ leucopénie
☐ neutropénie
☐ thrombopénie
☐ pancytopénie
☐ bicytopénie
☐ blastose (périphérique): ..... %

☐ leucocytose
- ☐ granulocytose
- ☐ lymphocytose
- ☐ éosinophilie périphérique..... $x10^9/l$
- ☐ basophilie
- ☐ monocytose
- ☐ neutrophilie

☐ dysplasie
☐ polyglobulie
☐ thrombocytose
☐ paraprotéine IgM
☐ paraprotéine IgG/IgA
☐ lymphadénopathie
☐ splénomégalie

☐ fièvre (FUO)
☐ antécédent de SMD
☐ antécédent de chimiothérapie
☐ antécédent de radiothérapie
☐ .....

Suspicion de / Suivi de:

☐ leucémie myéloïde aiguë de type .....
☐ leucémie myéloïde chronique
☐ polyglobulie
☐ thrombocytémie essentielle
☐ myélofibrose

☐ SMD de type .....
☐ SMD/NMP de type .....
☐ leucémie chronique à éosinophiles
☐ mastocytose
☐ LLA de type .....

☐ LLC
☐ LNH de type .....
☐ myélome multiple
☐ lymphome hodgkinien
☐ autre: .....

ANALYSE DE SUIVI

Situation clinique actuelle: .....
.....

☐ progression/rechute ☐ réfractaire ☐ rémission partielle ☐ rémission complète

Traitement: ..... ☐ hématologique

Allogreffé: ☐ Oui ☐ Non Si oui, sexe du donneur: ☐ M ☐ F ☐ cytogénétique

Marqueur(s) diagnostique(s): ..... ☐ moléculaire

ANALYSE SOUHAITEE

	moelle	sang	ganglion	tumeur	autre: .....
Caryotype*	616 ☐ Ⓗ	617 ☐ Ⓗ	618 ☐	620 ☐	621 ☐
FISH* régions	622 ☐ Ⓗ	623 ☐ Ⓗ	624 ☐	626 ☐	627 ☐
FISH *PML-RARA* / Burkitt (urgent) ✉	600 ☐ Ⓗ	601 ☐ Ⓗ	624 ☐	626 ☐	627 ☐
Caryotype moléculaire (array, LPS,…)	3250 ☐ Ⓗ	3251 ☐ Ⓗ	3252 ☐	3253 ☐	3254 ☐
Tests moléculaires* ((RQ-)PCR, NGS,…)	3018 ☐ Ⓔ	3048 ☐ Ⓔ	677 ☐	679 ☐	680 ☐
Suivi LMC (BCR-ABL1 p210 (% IS))	3262 ☐ Ⓔ	3263 ☐ Ⓔ	3267 ☐	3267 ☐	3267 ☐

* exécuté au laboratoire CME/MolPLUZ UZ Leuven, accrédité selon les normes BELAC – ISO 15189 – 215-MED (pour le détail des tests accrédités http://belac.fgov.be)
Ⓔ 2-5 ml sur EDTA Ⓗ 2-5 ml sur héparine ✉ notification par e-mail requise

DATE DE DEMANDE: _____ HEURE ____ h ____

DEMANDEUR Dr.: _____

I.D. nr.: N° INAMI: ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐

Signature

DATE DE PRELEVEMENT : _____ HEURE ____ h ____

UNITE: _____ CHAMBRE/LIT: _____ / _____

IDENTIFICATION EAD-/HOS-nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom: _____ Prénom: _____
Adresse: _____
Date de naissance: ☐☐☐☐☐☐ (j j m m a a) Sexe: ☐

ADRESSOGRAMME

ORGANISME ASSUREUR KG1/KG2: ☐☐☐ / ☐☐☐
N° ☐☐☐☐ Parenté ☐
Matricule _____

Si le patient est hospitalisé ailleurs, institution: _____
N° d'identification: _____ Service: _____

Art. 610014