

CYTOGENETISCHE EN MOLECULAIRE ANALYSES
BIJ HEMATOLOGISCHE EN ONCOLOGISCHE AANDOENINGEN

7-10-322-09

e-mail: CME.hemato@uzleuven.be

08-2021

Nr. 3015

AANGEBODEN MOLECULAIR ONDERZOEK

BCR-ABL1 p210/p190/p230	NPM1 hotspot	DEK-NUP214	CCND1 herschikking
BCR-ABL1 zeldzame varianten	FLT3-ITD / puntmutaties	RUNX1-RUNX1T1	BCL2 herschikking
BCR-ABL1 KD mutaties	KMT2A-PTD	CBFB-MYH11	Cycline D1 expressie
JAK2 p.V617F / exon 12	CEBPA mutaties	KMT2A herschikkingen	IGH/IGK genherschikking
CALR hotspot	MECOM expressie	ETV6-RUNX1	TRB/TRG genherschikking
MPL hotspot	WT1 expressie	TCF3-PBX1	IGHV mutatie-analyse
FIP1L1-PDGFR	TP53 mutaties	STIL-TAL1	BRAF p.V600E
KIT p.D816V	PML-RARA	MYCN amplificatie	MYD88 p.L265P

Genpanel: AML – MDS – MDS/MPN – CLL – T-ALL

(Inhoud genpanel raadpleegbaar op <https://www.uzleuven.be/nl/centrum-menselijke-erfelijkheid/vraag-een-diagnostische-test> onder 'Aanvraagformulieren - Hemato-oncologische aandoeningen')

AANVRAAG IN KADER VAN TRANSPLANTATIE

DNA-PROFIEL RECEPTOR *	DNA-PROFIEL DONOR *
<input checked="" type="checkbox"/> 609 <input type="checkbox"/> bloed (vóór transplantatie) <input checked="" type="checkbox"/> 628 <input type="checkbox"/> beenmerg (vóór transplantatie) 610 <input type="checkbox"/> wangslijmvlies 3255 <input type="checkbox"/> ander: Transplantatiedatum:/...../.....	<input checked="" type="checkbox"/> 608 <input type="checkbox"/> bloed <input checked="" type="checkbox"/> 605 <input type="checkbox"/> beenmerg 607 <input type="checkbox"/> stamcellen 606 <input type="checkbox"/> ander: Transplantatiedatum:/...../..... <i>Verslag van donorprofiel wordt o.w.v. donorprivacy niet verstuurd.</i>
	Geslacht donor: M / V Receptor ID:

STATUS CHIMERISME NA TRANSPLANTATIE *

<input checked="" type="checkbox"/> 611 <input type="checkbox"/> bloed <input checked="" type="checkbox"/> 614 <input type="checkbox"/> beenmerg 615 <input type="checkbox"/> ander: Transplantatiedatum:/...../.....	Type transplantatie: <input type="checkbox"/> hematopoïetische stamcellen <input type="checkbox"/> autoloog <input type="checkbox"/> allogeen verwant <input type="checkbox"/> allogeen niet verwant <input type="checkbox"/> navelstrengbloed <input type="checkbox"/> ander:
<i>Donor- en receptorgegevens zijn vereist voor interpretatie van chimerisme na transplantatie.</i>	

* uitgevoerd in CME/MolPLUZ UZ Leuven, geaccrediteerd conform BELAC – ISO 15189 – 215-MED (zie detail geaccrediteerde testen <http://belac.fgov.be>)

2-5 ml op EDTA

AANVRAAGDATUM: _____ UUR _____ u _____

AANVRAGER Dr.: _____

I.D. nr.: _____ R.I.Z.I.V.nr.: _____

Handtekening _____

AFNAME DATUM: _____ UUR _____ u _____

EENHEID: _____ KAMER/BED: _____ / _____

PATIENT IDENTIFICATIE EAD-/HOS-nr. _____

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____

Geboortedatum: _____ d d m m j j Geslacht:

VERZEKERINGSSTELLING KG1/KG2: _____ / _____

Nr. verzekering _____ Verwantschap

Stamnr. _____

Indien patiënt elders gehospit. is; Naam inrichting _____

Identificatienr.: _____ Dienst: _____

**CYTOGENETISCHE EN MOLECULAIRE ANALYSES
BIJ HEMATOLOGISCHE EN ONCOLOGISCHE AANDOENINGEN**

7-10-322-09

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

08-2021

Nr. 3015
KLINISCHE GEGEVENS EN INDICATIE
Reden van aanvraag:

-
- Diagnostisch onderzoek
-
- Follow-up onderzoek

.....

.....

Indicatie:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> anemie | <input type="checkbox"/> leukocytose | <input type="checkbox"/> dysplasie | <input type="checkbox"/> koorts (eci) |
| <input type="checkbox"/> leukopenie | <input type="checkbox"/> granulocytose | <input type="checkbox"/> polyglobulie | <input type="checkbox"/> vroeger MDS |
| <input type="checkbox"/> neutropenie | <input type="checkbox"/> lymfocytose | <input type="checkbox"/> trombocytose | <input type="checkbox"/> vroeger chemotherapie |
| <input type="checkbox"/> trombopenie | <input type="checkbox"/> perifere eosinofilie.....x10 ⁹ /l | <input type="checkbox"/> IgM paraproteïne | <input type="checkbox"/> vroeger radiotherapie |
| <input type="checkbox"/> pancytopenie | <input type="checkbox"/> basofilie | <input type="checkbox"/> IgG / IgA paraproteïne | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> bicytopenie | <input type="checkbox"/> monocytose | <input type="checkbox"/> lymfadenopathie | |
| <input type="checkbox"/> (perifere) blastose: % | <input type="checkbox"/> neutrofilie | <input type="checkbox"/> splenomegalie | |

Vermoeden van / Opvolging van:













- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> acute myeloïde leukemie type | <input type="checkbox"/> MDS type | <input type="checkbox"/> CLL |
| <input type="checkbox"/> chronische myeloïde leukemie | <input type="checkbox"/> MDS/MPN type | <input type="checkbox"/> NHL type |
| <input type="checkbox"/> polycythemia vera | <input type="checkbox"/> chronische eosinofiele leukemie | <input type="checkbox"/> multipel myeloom |
| <input type="checkbox"/> essentiële trombocytemie | <input type="checkbox"/> mastocytose | <input type="checkbox"/> Hodgkin |
| <input type="checkbox"/> myelofibrose | <input type="checkbox"/> ALL type | <input type="checkbox"/> ander: |

ENKEL IN TE VULLEN BIJ FOLLOW-UP ONDERZOEK

Huidige klinische toestand:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Progressie/relaps | <input type="checkbox"/> Geen remissie | <input type="checkbox"/> Partiële remissie | <input type="checkbox"/> Complete remissie |
| Behandeling: | | | <input type="checkbox"/> hematologisch |
| Allogeen getransplanteerd: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, geslacht donor: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V | | | <input type="checkbox"/> cytogenetisch |
| Diagnostische merker(s): | | | <input type="checkbox"/> moleculair |

GEWENST ONDERZOEK

	beenmerg	bloed	klier	tumor	ander:
Karyotype*	616 <input type="checkbox"/> 	617 <input type="checkbox"/> 	618 <input type="checkbox"/>	620 <input type="checkbox"/>	621 <input type="checkbox"/>
FISH* regio's	622 <input type="checkbox"/> 	623 <input type="checkbox"/> 	624 <input type="checkbox"/>	626 <input type="checkbox"/>	627 <input type="checkbox"/>
FISH PML-RARA / Burkitt (dringend) <input type="checkbox"/>	600 <input type="checkbox"/> 	601 <input type="checkbox"/> 	624 <input type="checkbox"/>	626 <input type="checkbox"/>	627 <input type="checkbox"/>
Moleculair karyotype (array, LPS,...)	3250 <input type="checkbox"/> 	3251 <input type="checkbox"/> 	3252 <input type="checkbox"/>	3253 <input type="checkbox"/>	3254 <input type="checkbox"/>
Moleculaire testen* ((RQ-)PCR, NGS,...)	3018 <input type="checkbox"/> 	3048 <input type="checkbox"/> 	677 <input type="checkbox"/>	679 <input type="checkbox"/>	680 <input type="checkbox"/>
Opvolging CML (BCR-ABL1 p210 (% IS))	3262 <input type="checkbox"/> 	3263 <input type="checkbox"/> 	3267 <input type="checkbox"/>	3267 <input type="checkbox"/>	3267 <input type="checkbox"/>

 * uitgevoerd in CME/MolPLUZ UZ Leuven, geaccrediteerd conform BELAC – ISO 15189 – 215-MED (zie detail geaccrediteerde testen <http://belac.fgov.be>)

 2-5 ml op EDTA 2-5 ml op heparine aanmelding via e-mail noodzakelijk

AANVRAAGDATUM: _____ UUR _____ u _____

AANVRAGER Dr.: _____

I.D. nr.: _____ R.I.Z.I.V.nr.: _____

Handtekening

AFNAME DATUM: _____ UUR _____ u _____

EENHEID: _____ KAMER/BED: _____ / _____

PATIENT IDENTIFICATIE EAD-/HOS-nr. _____

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____

 Geboortedatum: _____ d _____ m _____ j _____ Geslacht:
VERZEKERINGSINSTELLING KG1/KG2: _____ / _____

Nr. verzekering _____ Verwantschap _____

Stamnr.: _____

Indien patiënt elders gehospit. is; Naam inrichting _____

Identificatienr.: _____ Dienst: _____