

Etiquette Labo

Prélèvement :  
Date : ..... / ..... / .....  
Heure : ..... h .....  
Lieu de prélèvement :  
.....

## Formulaire de demande BIOLOGIE MOLECULAIRE ONCOLOGIE : Recherche de marqueurs oncologiques

### Prélèvements

2 tubes STRECK (disponible au Labo) et/ou 1 bloc de tissus tumoral       Stocker à température ambiante  
 Acheminer au Laboratoire le plus vite possible (<3J)

### DONNEES PATIENT

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>N° de dossier : .....</p> <p><b>Nom*</b> : .....</p> <p><b>Prénom*</b> : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Code postal : .....</p> <p>Ville : .....</p> <p>Tel : .....</p> <p>Date de naissance : ..... / ..... / .....</p> <p>Sexe :            <input type="checkbox"/> M            <input type="checkbox"/> F</p> <p><b>NISS*</b> : .....</p> <p>Règles de diagnostic : Cfr. INAMI (33bis et/ou 33ter)</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> Renseignements cliniques</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Diagnostic            <input type="checkbox"/> Suivi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Indications cliniques</p> <p style="margin-left: 20px;">.....</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Traitement</p> <p style="margin-left: 20px;">.....</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vignette de mutuelle</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

*Toutes les données précédées d'un \* sont indispensables pour permettre une réalisation optimale du test*

### MEDECIN PRESCRIPTEUR

|                                                                                                                                         |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <p>Nom, Prénom : .....</p> <p><b>N° INAMI *</b> : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Téléphone : .... ..</p> <p>Copie pour : .....</p> | <p>Cachet + date+ signature :<br/>.. / .. / .....</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

### Réservé au service D'ANATOMOPATHOLOGIE

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------|
| <p><b>Nature du prélèvement *</b></p> <p><input type="checkbox"/> Biopsie liquide</p> <p><input type="checkbox"/> FFPE (Lame)</p> <p>Date de coupe : .. / .. / ....</p> | <p><b>Origine *</b></p> <p><input type="checkbox"/> Poumon            <input type="checkbox"/> Peau</p> <p><input type="checkbox"/> Colon                <input type="checkbox"/> Ovaire</p> <p><input type="checkbox"/> Sein</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : .....</p> | <p><b>Pourcentage de cellules tumorales*</b></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> .....%</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">N° et # échantillons</td> <td style="width: 50%;">N° et # bloc</td> </tr> </table> | N° et # échantillons | N° et # bloc |
| N° et # échantillons                                                                                                                                                    | N° et # bloc                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |              |

### Idylla PCR \*

**Cocher l'analyse**

Mutation *EGFR*  
 Mutation *KRAS*  
 Mutation *BRAF*  
 Mutation *NRAS*  
 MSI  
 Gènes de fusion  
 *ALK, ROS, RET, exon 14 MET*

### SEQUENCAGE \*

**Entourer le(s) panel(s) ou le(s) gène(s) recherché(s)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cancer Panel (30 gènes)<br><i>AKT1, ERBB2, FGFR2, KRAS, PDGFRA, SOD (CNV), ALK, ERBB3, GAPGP(CNV), BRAF, ERBB4, GNA11, MAP2K2, RAF1, CTNNB1, ESR1, SMAD4, DDR2, FBXW7, HRAS, NOTCH1, STK11, EGFR, FGFR1, KIT, FLT3, MAP2K1, PIK3CA, GNAQ, MET, NRAS et TERT</i> | <input type="checkbox"/> Advanced BRCA (4 gènes)<br><i>BRCA1, BRCA2, PTEN, TP53</i><br><input type="checkbox"/> Séquençage ARN (gènes de fusion)<br><i>La liste des gènes de fusion recherchée est disponible sur le compendium d'analyse : <a href="https://portailweb.chrcitadelle.be/CompendiumLaboWeb/initCompendiumWeb">https://portailweb.chrcitadelle.be/CompendiumLaboWeb/initCompendiumWeb</a></i> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Formulaire de suivi des coupes FFPE ( à compléter par les TLM et biologistes)

### Réservé aux TLM du service D'ANATOMOPATHOLOGIE

|           |                                               |                                                                          |
|-----------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| N° Bloc : | Date de demande : __ / __ / ____              | ✓ Matériel :                                                             |
|           |                                               | <input type="checkbox"/> Suffisant <input type="checkbox"/> Insuffisant  |
|           | Date de réception en anapath : __ / __ / ____ | ✓ Autres blocs ?                                                         |
| Visa :    |                                               | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui      Combien : |
|           | Date de coupe en anapath : __ / __ / ____     | ✓ Retour du bloc:      Oui / Non                                         |
| Visa :    |                                               |                                                                          |

### Réservé aux TLM du service DE BIOLOGIE MOLECULAIRE

|           |                                              |
|-----------|----------------------------------------------|
| ID Labo : | Date de réception en biomol : __ / __ / ____ |
|           | Date de passage sur IDYLLA : __ / __ / ____  |
|           | Date d'extraction pour NGS : __ / __ / ____  |
|           | Date de clôture NGS (TLM) : __ / __ / ____   |

### Réservé au BIOLOGISTE

|         |                                                             |
|---------|-------------------------------------------------------------|
| ID Labo | Date de clôture IDYLLA : __ / __ / ____                     |
|         | Date de clôture NGS : __ / __ / ____                        |
| N° Bloc | Date du communiqué du résultat à l'anapath : __ / __ / ____ |