

Identification	Matériel UZ Leuven	(réservé à l'UZ Leuven PO)
	Référence UZL PO :	
	Matériel externe	
	Nr. de référence. :	
	Nature du prélèvement :	
	Date de prélèvement :/...../ 20.....	

Fixation / matériel	Durée de fixation : ☐ < 6u ☐ 6 - 72u ☐ > 72u
	Fixateur : ☐ formaldéhyde tamponné 4% autres :
	☐ formaldéhyde 4% aucun: frais
	☐ Preservcyt® / Cytorich Red® ☐ aucun: congelé

Type de matériel	☐ Bloc(s) de paraffine Nombre :										
	☐ Coupe(s) Nombre :										
	☐ lames blanches, coupées le :/...../ 20.....										
	☐ lames colorées: ☐ HE ☐ autres :										
	☐ Tissu/liquide										
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Nr. récipient</th> <th>Contenu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nr. récipient	Contenu								
Nr. récipient	Contenu										

Renseignements cliniques:

Révision histopathologique requise? ☐ Qui ☐ Non
 Interprétation requise du résultat moléculaire? ☐ Qui ☐ Non
 Protocole du pathologiste envoyé? ☐ Qui ☐ Non

Nombre de colorations IHC déjà réalisées et facturées à l'INAMI :

Précisez les tests moléculaires déjà réalisés :

Identification de Pathologiste	
Nom :	Prénom : (cachet)
Adresse :	
Laboratoire d'Anatomie pathologique:	
Copie à d'autres médecins :	

DATE DE DEMANDE : HEURES u PRESCRIPTEUR Dr. : I.D. nr. : I.N.A.M.I nr. : Signature ADRESSE prescripteur : TEL. prescripteur :	EENHEID: KAMER/BED: / PATIENT IDENTIFICATION EAD-/HOS-nr. : Nom : Prénom : Adresse : Date de : d m j Sexe : ____ INSTITUTION D'ASSURANCE KG1/KG2: / Nr. d'assurance Parenté ____ Nr. de tribu Indien patiënt elders gehospit. is; Naam inrichting Identificatienr.: Dienst:
---	--

Type de tumeur	Test
POUMON	☐ analyse étendue des mutations et fusions pour une thérapie ciblée par ARN NGS-Seq (Archer CTL)*,d ☐ recherches ciblées sur : ☐ <i>ALK</i> ^a ALK IHC résultat : ☐ pos ☐ nég ☐ inconnu ☐ <i>EGFR</i> hotspots incl. p.T790M (envoyer la demande et l'échantillon de sang ou de plasma au CME, UZL) ^d Si contexte de résistance, mutation initiale: ☐ PD-L1 IHC ^a Spécifiez l'anticorps : ☐ autres :
OVAIRE	☐ <i>HRD en ce inclut BRCA1/2</i> (Envoyer en parallèle l'échantillon de sang au CME UZL pour contrôle avec le formulaire de demande 3028) ☐ autres :
PROSTATE	☐ <i>BRCA1/2</i> (somatique) via NGS*,d (Envoyer en parallèle l'échantillon de sang au CME UZL pour contrôle avec le formulaire de demande 3028) ☐ autres :
SYSTEME NERVEUX CENTRAL	☐ recherches ciblées sur: ☐ 1p/19q co-deletie ☐ Hyperméthylation <i>MGMT</i> ^d ☐ analyse étendue des mutations par ADN NGS * (<i>IDH1/2, H3,...</i>) ^d ☐ profilage de méthylation à l'échelle du génome + analyse des déséquilibres du génome entier ^d ☐ autres :
SEIN	☐ MammaPrint BluePrint NGS RNA-Seq (test de profilage d'expression génique) ^{c,d} ☐ analyse étendue des mutations par ADN NGS * (<i>PIK3CA, ESR1, HER2,...</i>) ^d ☐ des recherches ciblées sur : ☐ Amplification <i>HER2</i> HER2 IHC ^a score: ☐ 0/1+ ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ inconnu ☐ <i>PIK3CA</i> mutation hot-spot (envoyer la demande et l'échantillon de sang ou de plasma au CME, UZL) ^d ☐ <i>ESR1</i> mutation hot-spot (envoyer la demande et l'échantillon de sang ou de plasma au CME, UZL) ^d ☐ autres :
ESTOMAC	☐ Amplification <i>HER2</i> ^b HER2 IHC ^a score: ☐ 0/1+ ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ inconnu ☐ autres :
TISSUS MOUS/ OS	☐ recherches ciblées d'anomalies spécifiques (FISH <i>MDM2, EWSR1,.....</i>) ☐ analyse étendue des fusions par ARN NGS-Seq (Archer Sarcoma) ^d ☐ profilage de méthylation à l'échelle du génome + analyse des déséquilibres du génome entier ^d ☐ autres :
VESSIE	☐ analyse étendue des mutations et fusions par ARN NGS-Seq (Archer)*,d
REIN	☐ analyse étendue des mutations par ADN NGS*,d ☐ <i>TFE3 fusion</i> ☐ <i>TFEB fusion/amplification</i> ☐ LPS (Low Pass Sequencing pour les déséquilibres du génome entier) ^d ☐ autres :
GLANDE SALIVAIRE FAMILIAL	☐ analyse étendue des mutations et fusions par ARN NGS-Seq (Archer)*,d ☐ autres: Dépistage d'un cancer familial (panel germlinal) sur tissu tumoral (Si le patient est toujours en vie, envoyer l'échantillon de sang pour le dépistage à CME, UZL avec le formulaire de demande 3028.) ☐ Contexte des tests :
GENERAL	☐ NGS ADN panel (voir guide de laboratoire) ^d ☐ Discuté lors de la consultation multidisciplinaire* ☐ Colorectal (<i>BRAF, KRAS, NRAS, ...</i>) ☐ (uvéal) mélanome (<i>BRAF, KIT, NRAS, ...</i>) ☐ Endomètre (<i>POLE, TP53, ...</i>) ☐ Pancréas (<i>KRAS, BRCA1/2, ...</i>) ☐ Carcinome neuroendocrine à grandes cellules (<i>RB1, TP53, ...</i>) ☐ Autres : ☐ MSI PCR (Envoyer en parallèle l'échantillon de sang au CME UZL pour contrôle avec le formulaire de demande 3028) MSI résultat IHC : ☐ PD-L1 IHC ^a Spécifiez l'anticorps : ☐ Pan-TRK IHC ^a (Si positif une confirmation via NGS ARN seq (Archer) sera effectuée.) ☐ autres :

* Comme requis dans le cadre de l'étude pilote NGS

^a Test pharmaco-diagnostique.

^b Externalisé à ZOL Genk.

^c Il existe un règlement spécifique pour la facturation des tests MammaPrint. L'UZ Leuven facturera, comme laboratoire exécutant et rapportant, un montant correspondant les remboursements en vigueur dû à la législation imposé par l'INAMI concernant l'exécution du test GEP.
(<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-et-service-de-soins/laboratoires#remboursement-du-profilage-du-expression-genetique-en-cas-de-cancer-du-sein-a-un-stade-precoce>)

Il est de la responsabilité du médecin/hôpital demandeur d'introduire la demande du remboursement par l'INAMI conformément la législation es les conditions légales. Le solde facturé par l'UZ Leuven est toujours dû indépendamment du fait s'il y a un accord de remboursement par l'INAMI introduit par le médecin/hôpital demandeur. En cas de non-correspondance aux critères de remboursement, l'UZ Leuven peut facturer directement le patient au tarif actuel en vigueur, tant qu'il y a un accord signé par le patient.

^d pour le guide de laboratoire voir : <https://laboboeken.nexuzhealth.com/pboek/Intralab/GHB%20CME>

Termes de recherche : Archer, SeqCap, Methylation, Plasma, MammaPrint