



REQUÊTE - DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE

Laboratoire Central de Diagnostic Moléculaire

<p style="text-align: center;">* Prescripteur</p> <p>*NOM et Prénom : _____</p> <p>*N°. Permis : _____</p> <p>*Clinique, bureau : _____</p> <p>* Adresse pour le retour des résultats : _____</p> <p>*Tél. : _____ Fax : _____</p> <p>*Signature: _____ *Date (aaaa/mm/jj) : _____ <i>*Diagnostic ou Renseignements Cliniques</i></p>	<p>*Patient NOM : _____</p> <p>*Patient Prénom : _____</p> <p>No. de dossier ou RAMQ : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>* Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____</p> <p>*Sexe : _____</p> <p style="text-align: right;">* Renseignements Obligatoires</p>
* Date et heure du prélèvement	
*20____/____/____ *Heure : _____	
* Prélevé par : _____	
<input type="checkbox"/> GLEN <input type="checkbox"/> HGM <input type="checkbox"/> HNM <input type="checkbox"/> Autre : _____	

Type d'échantillon :

<input type="checkbox"/> Sang (EDTA/ tube lavande)	<input type="checkbox"/> Moelle osseuse	<input type="checkbox"/> Cellules en culture (2 x T25)	<input type="checkbox"/> Autre: _____
<input type="checkbox"/> Tissu solide	<input type="checkbox"/> Bloc de paraffine	<input type="checkbox"/> ADN (Origine du tissu : _____)	

<p style="text-align: center;">Néoplasies lymphoïdes</p> <p><input type="checkbox"/> Clonalité B (PCR: IgH FR1, FR2, FR3, IgK)</p> <p><input type="checkbox"/> Clonalité T (PCR: TCRγ and TCRβ)</p> <p><input type="checkbox"/> Bcl-1 t(11;14) (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Bcl-2 t(14;18) (PCR)</p>	<p style="text-align: center;">Sarcomes</p> <p><input type="checkbox"/> Sarcome synovial</p> <p><input type="checkbox"/> Sarcome d'Ewing</p> <p><input type="checkbox"/> Sarcome à cellules claires</p> <p><input type="checkbox"/> Rhabdomyosarcome alvéolaire</p> <p><input type="checkbox"/> Histiocytome fibreux angiomatoïde</p> <p><input type="checkbox"/> Sarcome fibromyxoïde de bas grade</p>
--	--

<p style="text-align: center;">Altérations génomiques – Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Méthylation du promoteur de MGMT</p> <p><input type="checkbox"/> Mutations de IDH1 / IDH2</p> <p><input type="checkbox"/> Presence du transcrite EGFRvIII</p> <p><input type="checkbox"/> Mutations de TERT</p> <p><input type="checkbox"/> Mutation de JAK2 (p.V617F)</p>	<p style="text-align: center;">Etude HLA</p> <p><input type="checkbox"/> HLA B27 <input type="checkbox"/> HLA DQ2/DQ8</p> <p><input type="checkbox"/> HLA B51 <input type="checkbox"/> HLA B*57:01</p> <p><input type="checkbox"/> HLA DQB1*06:02 <input type="checkbox"/> Autre: _____</p>
--	---

CANCER DU SEIN/DE L'OVAIRE

BRCA 1/2 Mutations juives ashkénazes (2 tubes EDTA/tube lavande)

BRCA 1/2 Mutations canadiennes françaises (2 tubes EDTA/tube lavande)

PALB2 : c.2323C>T; p(Q775X) (2 tubes EDTA/tube lavande)

BRCA 1/2 Panel Europe de l'Est (2 tubes EDTA/tube lavande)

BRCA 1/2 Panel Grec (2 tubes EDTA/tube lavande)

BRCA 1/2 Mutation individuelle (2 tubes EDTA/tube lavande)

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE : Un arbre généalogique devra accompagner la demande

Y a-t-il des antécédents familiaux de la maladie? Oui ___ Non ___ Y a-t-il une mutation connue?

Si oui, svp la décrire _____

D'autres échantillons de la famille ont-ils été envoyés à notre laboratoire auparavant ?

Oui ___ Non ___

Si oui, svp indiquer: _____

Nom du cas index _____ Lien de parenté _____

CANCER DU SEIN ET DE L'OVAIRE : La demande doit être faite par un service de médecine génétique.

Contactez la Clinique du cancer héréditaire – CUSM, Tél. : 514-934-1934 poste 44067 ou le Centre de prévention du cancer de l'HGJ, Tél. 514- 340-8222 poste 3965

BCR-ABL1 – Translocation t(9;22)

Première détection du transcrite de fusion (RT-PCR qualitative)

Quantification du transcrite (RT-PCR temps- réel quantitative)

Etape d'évaluation

3 mois 6 mois 12 mois 18 mois

Surveillance de routine à long terme (non-TFR)

Essai clinique:

Non Oui, Essai No: _____

Traitement actuel

1^{ère} ligne 2nde ligne 3^{ème} ligne post allo-SCT Autre: _____

Aucun Hydrea IFN

Imatinib Nilotinib Desatinib

Bosutinib Ponatinib Autre: _____

Date de début du traitement actuel : (aaaa/mm/jj) : / /

Autres : _____

Note : Les échantillons de sang pour l'analyse de BCR-ABL1 doivent être envoyés au laboratoire dans les plus brefs délais (maximum 24 heures après le prélèvement).

IMPORTANT A REMPLIR POUR LE TESTS DE BRCA ET MALADIE DE HUNTINGTON CONSEILLER EN GENETIQUE OU PERSONNE A Contacter

Nom : _____

Institution : _____

Tél: _____ Fax : _____

MALADIE DE HUNTINGTON (MH)

Confirmation du diagnostic clinique

Test prédictif

Diagnostic prénatal Oui Non

Conjoint non affecté

Parent affecté

La demande doit être faite par un service de médecine génétique.

CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC DE MH : indiquer les résultats cliniques et les antécédents familiaux.

TEST PRÉDICTIF DE LA MH : Les patients de 18 ans et plus, ayant des antécédents familiaux de MH et désirant connaître leur statut de porteur doivent être référé par un conseiller en génétique

TEST PRENATAL DE LA MH : Pour les amniocytes et les cellules des villosités chorales, l'institution requérante doit établir une culture cellulaire avec des techniques standard et conserver une partie. Nous demandons 2 x T25 ou ADN ainsi qu'un échantillon de sang ou d'ADN de la mère pour le test de contamination cellulaire maternelle. Contacter le laboratoire avant d'envoyer un échantillon prénatal.

MOLECULAR DIAGNOSTICS REQUISITION

Core Molecular Diagnostic Laboratory

* Prescriber	*Patient Last Name: _____
*Last Name & First Name: _____	*Patient First Name: _____
*License: _____	MRN or RAMQ: _____
*Clinic, office: _____	Address: _____
* Address for return of results : _____	*Date of Birth (yyyy/mm/dd): _____
*Phone # : _____	*Gender _____
Fax # : _____	*Mandatory Information
*Signature: _____ *Date (yyyy/mm/dd): _____	*Date and time of collection
* Diagnosis or relevant information	*20__/__/____ *Time: _____
	*Collected by: _____
	<input type="checkbox"/> GLEN <input type="checkbox"/> MGH <input type="checkbox"/> MNH <input type="checkbox"/> Other: _____

Sample type :

<input type="checkbox"/> Whole blood (EDTA/ lavender tube)	<input type="checkbox"/> Bone Marrow	<input type="checkbox"/> Culture cells (2 x T25)	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Solid tissue	<input type="checkbox"/> Paraffin block	<input type="checkbox"/> DNA (Tissue origin : _____)	

Lymphocyte Receptor Gene Rearrangement	Sarcoma
<input type="checkbox"/> B-cell clonality (PCR: <i>IgH FR1, FR2, FR3, IgK</i>) <input type="checkbox"/> T-cell clonality (PCR: <i>TCRγ and TCRβ</i>) <input type="checkbox"/> Bcl-1 t(11;14) (PCR) <input type="checkbox"/> Bcl-2 t(14;18) (PCR)	<input type="checkbox"/> Synovial Sarcoma <input type="checkbox"/> Ewing's Sarcoma <input type="checkbox"/> Clear Cell Sarcoma <input type="checkbox"/> Alveolar Rhabdomyosarcoma <input type="checkbox"/> Angiomatoid Fibrous Histiocytoma <input type="checkbox"/> Low-grade Fibromyxoid Sarcoma

Cancer Genomic alterations	HLA
<input type="checkbox"/> <i>MGMT</i> Promoter Methylation <input type="checkbox"/> <i>IDH1 / IDH2</i> Mutations <input type="checkbox"/> <i>EGFRvIII</i> transcript variant <input type="checkbox"/> <i>TERT</i> mutations <input type="checkbox"/> <i>JAK2</i> (p.V617F) Mutation	<input type="checkbox"/> HLA B27 <input type="checkbox"/> HLA DQ2/DQ8 <input type="checkbox"/> HLA B51 <input type="checkbox"/> HLA B*57:01 <input type="checkbox"/> HLA DQB1*06:02 <input type="checkbox"/> Other: _____

<p>BREAST / OVARIAN CANCER</p> <input type="checkbox"/> BRCA 1/2 Ashkenazi Jewish mutations (2 tubes EDTA/lavender tube) <input type="checkbox"/> BRCA 1/2 French Canadian mutations (2 tubes EDTA/lavender tube) <input type="checkbox"/> PALB2 : c.2323C>T; p(Q775X) (2 tubes EDTA/lavender tube) <input type="checkbox"/> BRCA 1/2 Eastern European Panel (2 tubes EDTA/lavender tube) <input type="checkbox"/> BRCA 1/2 Greek Panel (2 tubes EDTA/lavender tube) <input type="checkbox"/> BRCA 1/2 Individual Mutation (2 tubes EDTA/lavender tube) <p>FAMILY INFORMATION: A pedigree must accompany all requests Is there a family history of the disease? Yes ___ No ___ Is there a known mutation? Yes ___ No ___ If yes, please describe _____ Have samples from this family been sent to us before? Yes ___ No ___ If yes, please provide: _____</p> <p>Name of the index case _____ Relationship _____</p> <p>The request should come from a medical genetics service. Please contact MUHC Hereditary Cancer Clinic Tel.(514)934 1934 ext 44067 or the JGH Cancer Prevention Center Tel (514) 340 8222 ext 3965</p>	<p style="text-align: center;">Miscellaneous</p> <input type="checkbox"/> Factor V Leiden (p.R506Q)/ Factor II Prothrombin (g.20210G>A) <input type="checkbox"/> Methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) Genotype (c.677C>T) <input type="checkbox"/> Hemochromatosis Genotype (p.C282Y, p.H63D, p.S65C) <input type="checkbox"/> Alpha-1 Antitrypsin Deficiency (AATD) SERPINA1 (S, Z) <input type="checkbox"/> Apolipoprotein E (APOE) genotyping (E2, E3, E4) <input type="checkbox"/> IL28B rs12979860 and rs8099917 <input type="checkbox"/> TBC1D4 genotyping (p.Arg684*) <input type="checkbox"/> DNA extraction <input type="checkbox"/> Other _____
--	---

<p>HUNTINGTON DISEASE (HD)</p> <input type="checkbox"/> Confirmation of diagnosis <input type="checkbox"/> Predictive testing Prenatal Diagnosis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unaffected partner <input type="checkbox"/> Affected relative	<p>The request should come from a medical genetics service HD CONFIRMATION OF DIAGNOSIS: Please indicate the clinical findings and family history. _____ _____</p>
--	---

<p>BCR/ABL gene translocation t(9;22)</p> <input type="checkbox"/> First time detection of fusion transcript (RT-PCR qualitative) <input type="checkbox"/> Quantification of fusion transcript (Real time quantitative RT-PCR) <p>Milestone Evaluation</p> <input type="checkbox"/> 3 months <input type="checkbox"/> 6 months <input type="checkbox"/> 12 months <input type="checkbox"/> 18 months <input type="checkbox"/> Routine long term monitoring (non-TFR) <p>Clinical trial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, Trial No: _____</p> <p>Current Treatment</p> <input type="checkbox"/> 1 st line <input type="checkbox"/> 2 nd line <input type="checkbox"/> 3 rd line <input type="checkbox"/> post allo-SCT <input type="checkbox"/> Other: _____ <p><input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Hydrea <input type="checkbox"/> IFN <input type="checkbox"/> Imatinib <input type="checkbox"/> Nilotinib <input type="checkbox"/> Desatinib <input type="checkbox"/> Bosutinib <input type="checkbox"/> Ponatinib <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>Date current treatment : (yy/mm/dd) : / / Others : _____</p>	<p>HD PREDICTIVE TESTING: Individuals, 18 years or older, with a family history of HD wanting to know their carrier status must be referred from a service offering genetic counselling.</p> <p>HD PRENATAL TESTING: For amniocytes and chorionic villi samples, the referring institution should establish a cell culture by standard techniques and keep a backup. We require 2 x T25 flasks or DNA as well of the mother's blood or DNA sample for maternal cell contamination test. Please contact the laboratory before sending a prenatal sample</p>
--	--

<p>Note: The blood sample for BCR/ABL must be sent to the laboratory as soon as possible with a maximum acceptable delay of 24h post-drawing</p>	<p style="text-align: center;">IMPORTANT TO FILL FOR BREAST / OVARIAN CANCER AND HUNTINGTON DISEASE GENETIC COUNSELLOR OR CONTACT PERSON :</p> <p>Name : _____</p> <p>Institution : _____</p> <p>Tel: _____ Fax : _____</p>
---	--