



20122

**Demande d'analyse
EXAMENS GENETIQUES
ONCO - HEMATOLOGIQUES**

Etiquette demande

Médecin demandeur Cachet + signature	Médecin prestataire Cachet + signature	Etiquette identification patient Nom: ... Prénom: ... Naissance: / / Sexe: O M O F Rue: ... N°: ... Boîte: ... Code postal : Commune : Prélèvements: Date: / / Heure: :
---	---	--

**Génétique Moléculaire ONCO-HEMATOLOGIQUE (ADN/ARN)
NON HEREDITAIRE - Centre de Génétique ULB, site Erasme**

Secrétariat tél: 02/555.41.45

genlab@erasme.ulb.ac.be

Secrétariat fax: 02/555.42.12

ATTENTION: Pour toute demande de :
"Cytogénétique Onco-hématologique" (caryotype/FISH):
utiliser la feuille de demande spécifique (Bordet)

"Génétique moléculaire héréditaire" (ADN) :
utiliser la feuille de demande spécifique (Erasme)

Informations pratiques / documents / Manuel de prélèvements: <http://www.erasme.ulb.ac.be/> --> choisir "Services diagnostiques" puis "Génétique"
 Compendium: <http://www.erasme.ulb.ac.be/> --> choisir "Services diagnostiques" puis "Compendium des analyses réalisées"
 Conditions de remboursement des analyses (art 33 et 33 bis) :
http://www.inami.fgov.be/fr/nomenclature/nomenclature/pages/default.aspx#Chapitre_VII_-_Anatomo-pathologie_et_examens_genetiques

Renseignements cliniques (indispensable) :

Concernant le coût des analyses :

Le remboursement des analyses moléculaires d'héματο-oncologie est conditionné par l'article 33bis.

Chaque analyse d'héματο-oncologie moléculaire simple ne rentrant pas dans les critères de remboursement sera facturée au patient selon un montant forfaitaire de 50 €, ex. :

- analyse non reprise dans l'article 33bis (marquée du sigle « \$ » au verso)
- analyse au-delà du nombre de tests remboursables (pour une phase d'investigation diagnostique, voir article 33bis ; pour un suivi : généralement 4x/an remboursables)(marquée du sigle « * » au verso)

Pour toute information plus précise, contacter le laboratoire (02/555.41.45 ou genlab@erasme.ulb.ac.be ou via notre Compendium des analyses (adresse ci-dessus).



20442

Type de prélèvement

- Sang (EDTA) Si possible > 2 tubes de 10 mL
- Moelle (EDTA)
- Ganglion
- Peau
- PBSC
- CD3 < sang
- Autre:

Motif

- Phase diagnostique
- Suivi d'une anomalie identifiée
- Suivi chimérisme post-allogreffe
- Autre:

Syndromes Leucémiques Aigus ou Pré-leucémiques

- Duplication en tandem du gène **FLT3** (LAM / AREB) *
- Mutation de longueur du gène **NPM1** (LAM) *
- Mutation de longueur du gène **CEBPA** (LAM) *
- Transcrit **PML-RARa** [t(15;17)] (LAM3, LAM3v) *
- Transcrit **CBFB-MYH11** [inversion du chr16] (LAM) *
- Transcrit **RUNX1(AML1)-RUNX1T1(ETO)** [t(8;21)] (LAM) *
- Mutation D816V du gène **c-KIT** (CBF-LAM) *
- Transcrit **ETV6(TEL)-RUNX1(AML1)** [t(12;21)] (LAL) *
- Transcrit **E2A-PBX1** [t(1;19)] (LAL) *
- Réarrangement IGH (**monoclonalité B**) (LAL) *
- Réarrangement TCR beta/gamma (**monoclonalité T**) (LAL) *
- Transcrit **BCR-ABL1** [t(9 ;22)] (LAM / LAL) *
- Surexpression transcrit **WT1** (LAM / AREB / LAL) *
- Uniquement sur sang!**
- En fonction morphologie.

Autre:

Syndromes Lymphoprolifératifs Chroniques

- Réarrangement IGH (**monoclonalité B**) *
- Réarrangement TCR beta/gamma (**monoclonalité T**) *
- Gène chimérique **IgH-BCL2** [t(14 ;18)] *
- Statut mutationnel **IgVH** (LLC) *
- Mutation L265P du gène **MYD88** (Waldenström, DLBCL) *
- Mutation V600E du gène **BRAF** (hairy Cell Leukemia) *

Autre:

Syndromes Myéloprolifératifs Chroniques

- Transcrit de fusion **BCR-ABL1** (MR4.5) [t(9 ;22)] (LMC) *
- Mutation V617F du gène **JAK2** (SMP)
- Mutation de longueur du gène **CALR** (TE, PMF) \$
- Mutation W515L/K du gène **MPL** (TE, PMF) \$
- Mutation D816V du gène **c-KIT** (mastocytose) \$
- Transcrit **FIP1L1-PDGFRa** (HES) **
- !!! + demander FISH CHIC2 (tube hépariné à envoyer au laboratoire de Cytogénétique de Bordet avec demande
- Mutation ABL1 dans le cadre d'une résistance aux **TKI** dans le cadre d'une LMC (LMC) *
- !De préférence à réaliser sur un prélèvement différent de celui réalisé pour le suivi BCR-ABL1

Autre:

Autres / Divers

- Recherche d'informativité DONNEUR (pré-allogreffe)**
Demande à faire impérativement sous le nom du receveur
- Recherche d'informativité RECEVEUR (pré-allogreffe)**
- Analyse du **chimérisme** (suivi allogreffe) *
- En fonction morphologie
- !! renseignements cliniques INDISPENSABLES

Autre:

Analyses réalisées sur la tumeur conjointement laboratoire d'Anatomie Pathologique :

- Instabilité des régions microsatellites / **MSI** (cancer colo-rectal / syndrome de Lynch/HNPCC)

Utiliser la demande spécifique du Service d'Anatomie Pathologique. Transmettre demande et bloc paraffine à ce dernier.

Contacts Anatomie Pathologique:
02/555.33.35 ou 02/555.85.08
secmed.anapath@erasme.ulb.ac.be

* Analyse facturée au patient 50 € si au-delà du nombre de tests remboursables (cfr article 33bis)

\$ Analyse facturée au patient 50 €

** Analyse sous-traitée au CHU de Liège et facturation selon leurs modalités (contact email : dispa.genetique@chu.ulg.ac.be)