



* Prescripteur		*Patient NOM :	
*NOM et Prénom :		*Patient Prénom :	
*N°. Permis :		No. de dossier ou RAMQ :	
*Clinique, bureau :		Adresse :	
* Adresse pour le retour des résultats :		* Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	
*Tél. :		*Sexe :	
Fax :		* Renseignements Obligatoires	
*Signature: *Date (aaaa/mm/jj) :		* Date et heure du prélèvement	
*Diagnostic ou Renseignements Cliniques		*20 / / *Heure : _____	
		* Prélevé par : _____	
		<input type="checkbox"/> GLEN <input type="checkbox"/> HGM <input type="checkbox"/> HNM <input type="checkbox"/> Autre: _____	
Type d'échantillon :		Préparation des échantillons de tissu solide et frais:	
<input type="checkbox"/> Sang (EDTA/ tube lavande) <input type="checkbox"/> Tissu solide (FFPE) <input type="checkbox"/> Moëlle osseuse (EDTA/ tube lavande) <input type="checkbox"/> Tissu frais ou congelé <input type="checkbox"/> ADN (Origine du tissu : _____)		<ul style="list-style-type: none"> Coupes FFPE : 10 coupes à 5-µm d'épaisseur (minimum 10 coupes) dans un tube Eppendorf de 1.5ml Tissu congelé 5 mm³ de tissu congelé (minimum 2 mm³) dans un tube adapté. Envoyer sur de la glace sèche dans les heures qui suivent. 	
Néoplasies lymphoïdes		Sarcomes	
<input type="checkbox"/> Clonalité B (PCR: <i>IgH FR1, FR2, FR3, IgK</i>) <input type="checkbox"/> Clonalité T (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"/> Sarcome synovial <input type="checkbox"/> Sarcome d'Ewing <input type="checkbox"/> Sarcome à cellules claires <input type="checkbox"/> Rhabdomyosarcome alvéolaire <input type="checkbox"/> Histiocytome fibreux angiomatoïde <input type="checkbox"/> Sarcome fibromyxoïde de bas grade	
BCR/ABL		Altérations génomiques – Cancer	
<u>BCR-ABL1 – Translocation t(9:22)</u>		<input type="checkbox"/> Méthylation du promoteur de <i>MGMT</i> <input type="checkbox"/> Mutations de <i>IDH1 / IDH2</i> <input type="checkbox"/> Mutation de <i>JAK2</i> (p.V617F)	
<input type="checkbox"/> Première détection du transcrite de fusion (<i>RT-PCR qualitative</i>) <input type="checkbox"/> Quantification du transcrite (<i>RT-PCR temps- réel quantitative</i>)		AUTRES	
<u>Etape d'évaluation</u>		<u>Analyse de microsatellites (STR):</u>	
<input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 12 mois <input type="checkbox"/> 18 mois <input type="checkbox"/> Surveillance de routine à long terme (non-TFR)		<input type="checkbox"/> STR test pour grossesse molaire ou post molaire <input type="checkbox"/> Test de concordance d'échantillons (seulement offert pour FFPE)	
<u>Essai clinique:</u>		<u>INSTRUCTIONS D'EXPÉDITION</u>	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui , Essai No: _____			
<u>Traitement actuel:</u>			
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} ligne <input type="checkbox"/> 2 nd e ligne <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} ligne <input type="checkbox"/> post allo-SCT <input type="checkbox"/> Autre: _____		Expédier les échantillons de sang à température ambiante le même jour.	
Date de début du traitement actuel :(aaaa/mm/jj) _____		Pour obtenir de l'aide ou des questions, veuillez contacter le :	
Autres : _____		Laboratoire Central de Diagnostic Moléculaire	
Note : Les échantillons de sang et moelle osseuse pour l'analyse de BCR-ABL1 doivent être envoyés au laboratoire dans les plus brefs délais (maximum 24 heures après le prélèvement).		1001 boul. Decarie, E05.5051, Montréal, QC, H4A 3J1	
<u>Liste de contrôle d'envoi</u>		Courriel électronique: molecular.pathology@muhc.mcgill.ca	
<input type="checkbox"/> Demande dument remplie <input type="checkbox"/> L'échantillon identifié (deux identificateurs) <input type="checkbox"/> Rapport de pathologie au besoin <input type="checkbox"/> Renseignements cliniques complets		Tel: 514-934-1934 x24900 / x62746 Télécopieur: 514-938-7405	



* Prescriber	
<p>*Last Name & First Name:</p> <p>*License:</p> <p>*Clinic, office:</p> <p>* Address for return of results :</p> <p>*Phone # : Fax # :</p> <p>*Signature:.....*Date (yyyy/mm/dd):</p> <p>* <i>Diagnosis or relevant information</i></p>	<p>*Patient Last Name:</p> <p>*Patient First Name:</p> <p>MRN or RAMQ:</p> <p>Address:</p> <p>*Date of Birth (yyyy/mm/dd):</p> <p>*Gender</p> <p style="text-align: center;">*Mandatory Information</p> <p style="text-align: center;">*Date and time of collection</p> <p style="text-align: center;">*20__ / __ / __ *Time: _____</p> <p>*Collected by: _____</p> <p>• GLEN • MGH • MNH • Other:</p>
<p>Sample type :</p> <p><input type="checkbox"/> Whole blood (EDTA/ lavender tube)</p> <p><input type="checkbox"/> Bone Marrow (EDTA/ lavender tube)</p> <p><input type="checkbox"/> Solid tissue (FFPE)</p> <p><input type="checkbox"/> Fresh or frozen tissue</p> <p><input type="checkbox"/> DNA (Tissue origin : _____)</p>	<p>Solid and fresh tissue preparation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FFPE : Scrolls 5µm minimum 10 scrolls in a 1.5ml Eppendorf tube • Fresh or frozen tissue: 5 mm³ frozen fragment (minimum 2 mm³) in a proper container. Frozen samples should be received within hour's well-identified ship on a dry ice.
Lymphocyte Receptor Gene Rearrangement	Sarcoma
<p><input type="checkbox"/> B-cell clonality (PCR: <i>IgH FR1, FR2, FR3, IgK</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> T-cell clonality (PCR: <i>TCRγ and TCRβ</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Bcl-1 t(11;14) (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Bcl-2 t(14;18) (PCR)</p>	<p><input type="checkbox"/> Synovial Sarcoma</p> <p><input type="checkbox"/> Ewing's Sarcoma</p> <p><input type="checkbox"/> Clear Cell Sarcoma</p> <p><input type="checkbox"/> Alveolar Rhabdomyosarcoma</p> <p><input type="checkbox"/> Angiomatoid Fibrous Histiocytoma</p> <p><input type="checkbox"/> Low-grade Fibromyxoid Sarcoma</p>
BCR/ABL	Cancer Genomic alterations
<p><u>BCR/ABL gene translocation t(9;22)</u></p> <p><input type="checkbox"/> First time detection of fusion transcript (RT-PCR qualitative)</p> <p><input type="checkbox"/> Quantification of fusion transcript (Real time quantitative RT-PCR)</p> <p><u>Milestone Evaluation</u></p> <p><input type="checkbox"/> 3 months <input type="checkbox"/> 6 months <input type="checkbox"/> 12 months <input type="checkbox"/> 18 months</p> <p><input type="checkbox"/> Routine long term monitoring (non-TFR)</p> <p><u>Clinical trial:</u></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes , Trial No: _____</p> <p><u>Current Treatment</u></p> <p><input type="checkbox"/> 1st line <input type="checkbox"/> 2nd line <input type="checkbox"/> 3rd line <input type="checkbox"/> post allo-SCT <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>Date current treatment : (yy/mm/dd) _____</p> <p>Others : _____</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><input type="checkbox"/> MGMT Promoter Methylation</p> <p><input type="checkbox"/> IDH1 / IDH2 Mutations</p> <p><input type="checkbox"/> JAK2 (p.V617F) Mutation</p>
<p><u>Shipment Checklist</u></p> <p><input type="checkbox"/> Completed Requisition</p> <p><input type="checkbox"/> Specimen well labeled (two identifiers)</p> <p><input type="checkbox"/> Pathology report if needed</p> <p><input type="checkbox"/> Comprehensive clinical information</p>	<p style="text-align: center;">Miscellaneous</p> <p><u>Microsatellite analysis (STR)</u></p> <p><input type="checkbox"/> STR test for molar pregnancy or post molar</p> <p><input type="checkbox"/> Specimen matching analysis (only offered on FFPE)</p>
	<p><u>SHIPPING INSTRUCTIONS</u></p> <p>Blood samples should be ship at room temperature the same day. For assistance or questions, please contact:</p> <p>Core Molecular Diagnostic Laboratory OPTILAB-MUHC Genetics 1001 boul. Decarie, E05.5051, Montreal, QC, H4A 3J1 Email: molecular.pathology@muhc.mcgill.ca Tel: 514-934-1934 x24900 / x62746 Fax: 514-938-7405</p>