



AANVRAAG VOOR MOLECULAIR ONDERZOEK - Moleculaire Pathologie

<p>Gegevens patiënt</p> <p>Naam: _____ Geboortedatum: _____ Adres: _____ Mutualiteitgegevens: _____</p>	<p>Gegevens aanvragende arts</p> <p>Aanvragende behandelende arts/oncoloog: _____ RIZIV nr.: _____ Anatoom- patholoog: _____ RIZIV nr.: _____ <i>Een kopij van het verslag zal gestuurd worden naar alle bovenstaande geneesheren</i></p>
---	--

Aard van het ingezonden materiaal APO nummer: **Extern¹** Datum staalafname: / / 20....

Weefseltype: Aard van het weefsel: Biopt Cytologie

Metastatische ziekte? Ja Neen

Primaire tumor Metastase niet gekend

Paraffineblokken (Aantal:)

Paraffinecoupes (Aantal:)

Gebruikte fixatief: 4% gebufferde formaldehyde (10% formaline) ander, specificeer:

HE-coupe % tumorweefsel:(minimum 10%)

Type aangevraagd onderzoek (indicatie): somatische variant analyse met **Next Generation Sequencing** (28 genen panel voor solide tumoren: **ALK, APC, ATM, BRAF, BRCA1, BRCA2, CKIT, DPYD, EGFR, ERBB2, ESR1, GNAS, H3F3A, HRAS, IDH1, IDH2, KRAS, MET, NRAS, PALB2, PDGFRA, PIK3CA, POLE, PTEN, RET, ROS1, TERT, TP53**)*

<input type="checkbox"/> Longcarcinoom	<input type="checkbox"/> Colorectaal carcinoom	<input type="checkbox"/> Melanoom
<input type="checkbox"/> Glioom	<input type="checkbox"/> Gastro-intestinale Stromale Tumor	<input type="checkbox"/> Schildklier carcinoom
<input type="checkbox"/> Borstcarcinoom	<input type="checkbox"/> Pancreascarcinoom	<input type="checkbox"/> Prostaata carcinoom
<input type="checkbox"/> Endometriumcarcinoom	<input type="checkbox"/> Ovariumcarcinoom	<input type="checkbox"/>

Type aangevraagd onderzoek: IHC

<input type="checkbox"/> ALK*	<input type="checkbox"/> ROS1*	<input type="checkbox"/> PD-L1*	<input type="checkbox"/> pan-TRK	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Type aangevraagd onderzoek: ISH

<input type="checkbox"/> EBV ISH*	<input type="checkbox"/> HPV high risk ISH*	<input type="checkbox"/> HPV low risk ISH*
-----------------------------------	---	--

Ander, specificeer

Specificeer de reeds uitgevoerde IHC en moleculaire (ISH / PCR) testen:

*Het laboratorium is voor de testen op deze aanvraag geaccrediteerd volgens de ISO-norm 15189 (BELAC 366-MED). Voor een recent overzicht van de laboratoriumtesten onder accreditatie: zie labogids. Test specificaties kunnen geraadpleegd worden in de labogids. ¹verplicht veld, indien dit veld niet aangekruist wordt, zal het staal niet terug gestuurd worden; Bij aflevering van een staal dinsdag vóór 16h in het labo pathologie kan een TAT van 7 dagen behaald worden.

Datum: _____
Handtekening en stempel: _____

Deze aanvraag dient te worden voorzien van handtekening en stempel van een oncoloog/behandelende arts binnen het kader van het multidisciplinair oncologisch overleg (MOC).