

Analyses du laboratoire de DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE - Oncologie moléculaire
 Analyses du laboratoire de **DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE - Oncologie moléculaire**

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4642

Prélèvement demandé: Date: _____ Heure _____ ou Heure de tournée: 7h 11h 14h 17h 20h 00h

Unité de Soins/Clinique : _____ MD/Requérant : _____ # Licence : _____ Prélèvement fait: Date: _____ Heure: _____ Prélevé par: _____ Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon, l'analyse et la priorité	Identification du patient Nom, Prénom : _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Adresse : _____ Code postal : _____ # Dossier ou # Ass. maladie : _____ Date de naissance : _____ ou Plaquer carte
---	--

Renseignements cliniques: _____

En demandant cette analyse, le médecin confirme avoir expliqué au (à la) patient(e) la nature du test demandé sur cette requête et ses bénéfices, limites et risques potentiels pour le (la) patient(e) et pour sa famille. Il (elle) confirme aussi avoir obtenu un consentement autorisant le test, de la part du (de la) patient(e) ou de son (sa) gardien(ne) légal(e).

NATURE DE L'ÉCHANTILLON	BUT DU TEST DEMANDÉ
<input type="checkbox"/> Sang : 5 mL EDTA, # tubes : _____ <input type="checkbox"/> Biopsie tissu # spécimen _____ <input type="checkbox"/> ADN : origine _____ <input type="checkbox"/> Bloc paraffine # bloc _____ <input type="checkbox"/> ARN : origine _____ <input type="checkbox"/> Moelle osseuse (EDTA) <input type="checkbox"/> Fibroblastes	<input type="checkbox"/> Nouveau diagnostic <input type="checkbox"/> Pour analyse ultérieure <small>Patient symptomatique Justification obligatoire :</small> <input type="checkbox"/> Rechute _____ <input type="checkbox"/> Suivi maladie résiduelle _____
TRANSLOCATIONS / FUSIONS (RT-PCR CIBLÉE)	
ANALYSES GÉNOMIQUES SUR MATERIEL TUMORAL (SNG) <u>Important</u> : Pour procéder aux analyses génomiques, la feuille d'information clinique et le consentement doivent être inclus avec la requête (www.chusj.org/fr/Labotest). Joindre une requête séparée pour matériel non-tumoral (voir ci-dessous). Hémopathie maligne (leucémie, SMD) ou tumeur solide <input type="checkbox"/> Exome onco (moelle ou tissu) <small>EXTUM</small> <input type="checkbox"/> Transcriptome onco (moelle ou tissu) <small>TRATU</small> <small>Toujours cocher ensemble Exome onco et Transcriptome onco pour matériel tumoral (diagnostic ou rechute)</small>	<input type="checkbox"/> Fibrosarcome congénital t(12;15) ETV6::NTRK3 <small>RTTUM</small> <input type="checkbox"/> Rhabdomyosarcome alvéolaire t(1;13) PAX7::FOXO1; t(2;13) PAX3::FOXO1 <small>RTTUM</small> <input type="checkbox"/> Sarcome d'Ewing t(11;12) EWSR1::FL1 ; t(21;22) EWSR1::ERG <small>RTTUM</small> <input type="checkbox"/> Tumeur desmoplastique à petites cellules rondes t(11;22) EWSR1::WT1 <small>RTTUM</small> <input type="checkbox"/> Lymphome à grandes cellules t(2;5) NPM1::ALK <small>RTTUM</small>
ANALYSES GÉNOMIQUES SUR MATERIEL NON-TUMORAL (SNG) <u>Important</u> : Pour procéder aux analyses génomiques, la feuille d'information clinique et le consentement doivent être inclus avec la requête (www.chusj.org/fr/Labotest). <input type="checkbox"/> Prédilection aux hémopathies malignes (leucémies, SMD) et insuffisances médullaires par exome (fibroblastes, sang ou moelle; pour les leucémies; prélèvement post-traitement) <small>TUHEM</small> <input type="checkbox"/> Prédilection aux tumeurs solides par exome (sang) <small>TUPED</small>	<input type="checkbox"/> Leucémies lymphoblastiques <small>RTLA2</small> <input type="checkbox"/> t(9;22) BCR::ABL1 <input type="checkbox"/> t(1;19) TCF3::PBX1 <input type="checkbox"/> t(12;21) ETV6::RUNX1 <input type="checkbox"/> t(4;11) KMT2A::AFF1 <input type="checkbox"/> Leucémies myéloïdes aiguës <small>RTLAN</small> <input type="checkbox"/> Inv(16) CBFβ::MYH11 <input type="checkbox"/> t(15;17) PML::RARA <input type="checkbox"/> t(9;11) KMT2A::MLLT3 <input type="checkbox"/> t(8;21) RUNX1::RUNX1T1 <input type="checkbox"/> Leucémies MLL (KMT2A) <small>RTMLL</small> <input type="checkbox"/> t(1;11) KMT2A::MLLT11 <input type="checkbox"/> t(10;11) KMT2A::MLLT10 <input type="checkbox"/> t(6;11) KMT2A::AFDN <input type="checkbox"/> t(4;11) KMT2A::AFF1 <input type="checkbox"/> t(11;19) KMT2::ELL <input type="checkbox"/> t(9;11) KMT2A::MLLT3 <input type="checkbox"/> t(11;19) KMT2A::MLLT1(ENL)
CHIMÉRISME <input type="checkbox"/> Receveur pré-greffe <small>CHIMA</small> <input type="checkbox"/> Receveur post-greffe <small>CHIMP</small> <input type="checkbox"/> Donneur <small>ADNX2</small> Information du patient à greffer : _____	<input type="checkbox"/> Leucémies aiguës mégacaryoblastiques <small>RTM7</small> <input type="checkbox"/> t(1;22) RBM15::MRTFA <input type="checkbox"/> t(11;12) NUP98::KDM5A <input type="checkbox"/> Inv(16) CBFA2T3::GLIS2 <input type="checkbox"/> t(11;17) NUP98::BPTF <input type="checkbox"/> Translocations / fusions autres (RT-PCR ciblée) <small>RTAUT</small> Variation détaillée : _____
SÉQUENÇAGE D'EXONS CODANTS DE GÈNES (SANGER)	
<input type="checkbox"/> TP53 <small>TP53</small> <input type="checkbox"/> GATA2 <small>GATA2</small> <input type="checkbox"/> RUNX1 <small>RUNX1</small> <input type="checkbox"/> PAX5 <small>PAX5</small>	
HISTONES - MUTATIONS TUMEURS CÉRÉBRALES	
<input type="checkbox"/> H3F3A: p.K27M et p.G34V/R et HIST1H3B: p.K27M	
AUTRES ANALYSES	
<input type="checkbox"/> Analyse de variation familiale (Sanger) <small>Cas-index testé au CHUSJ uniquement <small>BMSSA</small></small> <u>Important</u> : Joindre une copie du rapport du cas index. Un contrôle familial positif est souhaitable. Variation détaillée (HGVS) : _____ Extraction d'acides nucléiques <input type="checkbox"/> ADN <small>ADNEX</small> <input type="checkbox"/> ARN <small>ARNEX</small> <input type="checkbox"/> ADN + ARN, justification obligatoire : _____	
ARBRE GÉNÉALOGIQUE	
Inclure un pedigree de la famille et les informations cliniques pertinentes à l'analyse demandée.	
Attention : - Les requêtes incomplètes et les échantillons inappropriés (ex. hémolysés, mal identifiés) seront jugés non-conformes et seront rejetés. - Pour les conditions d'envoi, veuillez vous référer au site web www.chusj.org/fr/Labotest	



Identification du patient

Nom, Prénom :

Sexe : F M

Dossier ou # Ass. maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer carte

**INFORMATIONS CLINIQUES TRANSCRIPTOME ET EXOME
TUMEURS PÉDIATRIQUES**

Âge lors de la demande : _____

Code saisie SoftLab: TRATU (ou BMTRA)
Code source SoftPath: BMTRA

Analyses déjà effectuées :

aCGH / Micropuce OUI Résultat : _____
 Non

FISH / Caryotype OUI Résultat : _____
 Non

Autres analyses et résultats : _____

Informations cliniques :

Diagnostic de leucémie, cancer pédiatrique ou autre :

OUI Décrire : _____
 Non

Toxicité anormale au traitement :

OUI Décrire : _____
 NON, suspecté. Décrire : _____
 Non

Autre signe clinique pertinent : _____

CONSENTEMENT – Test génétique Pédiatrique / Adulte

Je consens au(x) test(s) génétique(s) pour (condition/nom du ou des tests) : _____, afin d'identifier la ou les causes génétiques potentiellement liées à ma condition/à la condition de mon enfant. Le présent consentement ne remplace pas un conseil génétique, qui me sera fourni par un professionnel de la santé. Certaines des informations qui suivent pourraient ne pas s'appliquer à ma situation. Le professionnel de la santé qui obtient mon consentement me le spécifiera (sera cochée si cela est applicable à votre situation :).

Je comprends les informations suivantes :

- Le ou les tests seront faits sur un échantillon biologique.
- Les professionnels de la santé impliqués à la réalisation du ou des tests pourraient utiliser les informations médicales fournies par le médecin prescripteur à partir de mon dossier médical/du dossier médical de mon enfant (incluant les antécédents familiaux) et/ou de mon Dossier santé Québec/du Dossier santé Québec de mon enfant pour aider à l'interprétation des résultats.
- Je serai informé des résultats liés à mon état de santé/à l'état de santé de mon enfant et ils seront consignés dans mon dossier médical/le dossier médical de mon enfant. Si l'analyse en « trio » (ex. : analyse familiale incluant le patient et les parents biologiques) est recommandée, aucun rapport individuel ne sera produit au nom de l'un ou l'autre des parents.
- Le ou les tests peuvent donner plusieurs types de résultats :
 - Aucun changement génétique en lien avec ma condition/la condition de mon enfant. Cela n'élimine pas complètement la possibilité d'une cause génétique, car cette cause pourrait ne pas être détectable par la méthode utilisée.
 - Présence d'un ou de plusieurs changements génétiques expliquant ma condition/la condition de mon enfant.
 - Présence d'un ou de plusieurs changements génétiques de signification incertaine. Il peut demeurer difficile d'établir les implications des résultats du ou des tests sur ma santé/la santé de mon enfant.
- Certains résultats pourraient révéler des risques présents/futurs pour ma santé/la santé de mon enfant. La Loi sur la non-discrimination génétique (L.C. 2017, chapitre 3) est une loi canadienne qui encadre l'utilisation des résultats génétiques dans le cadre de contrats (ex. : emploi, assurances, etc.). Cette loi interdit à quiconque d'obtenir l'accès aux résultats de tests génétiques avant d'établir un tel contrat. Les autres informations du dossier médical, incluant l'histoire familiale, sont confidentielles mais ne sont pas spécifiquement protégées par cette loi.
- Ce ou ces tests pourraient, dans de rares cas, détecter l'absence de lien génétique entre moi/mon enfant et certains membres de ma famille. De tels résultats pourraient être abordés avec moi seulement s'ils ont un impact sur mes soins/les soins de mon enfant ou ceux des membres de ma famille. Dans tous les cas, ils ne seront pas spécifiquement mentionnés dans le rapport émis par le laboratoire.

Nom : Cliquez ici pour entrer du texte. Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte. Numéro dossier : Cliquez ici pour entrer du texte.

- Une fois le ou les tests effectués, l'échantillon sera conservé au laboratoire médical québécois qui a fait le test pour la période déterminée par les directives en vigueur.
- En cas d'incapacité à recevoir mes résultats/les résultats de mon enfant (ex. : décès, invalidité) :
 Je désire qu'ils soient remis à (ex. : membre de la famille) :
Nom : _____ Lien : _____ N° tél./Courriel : _____
 Je refuse qu'ils soient communiqués à une autre personne.
- Si des membres de ma famille biologique/de la famille biologique de mon enfant sont testés pour la même condition (ex. : dépistage familial), les résultats du ou des tests et/ou les informations médicales associées pourraient être utilisés pour aider à l'interprétation de leurs résultats.
 Oui, j'accepte. Non, je refuse.

La communication des découvertes fortuites

Dans de rares cas, le test pourrait identifier, par hasard, des changements génétiques sans lien avec la condition pour laquelle le ou les tests ont été demandés, mais pouvant avoir un impact sur ma santé ou celle de mon enfant (découvertes fortuites). Le laboratoire ne cherchera pas activement ces changements génétiques; c'est-à-dire que même si aucune découverte fortuite n'est rapportée avec les résultats, il reste possible que moi ou mon enfant ayons une condition génétique non identifiée.

ADULTE ET MINEUR DE 14 ANS ET PLUS

Si on identifiait chez moi une découverte fortuite qui a un impact potentiel pour ma santé et pour laquelle un traitement ou une surveillance préventive est actuellement disponible, j'ai le choix d'accepter ou de refuser que cette information soit incluse dans les résultats du ou des tests et que cette information me soit communiquée par mon professionnel de la santé.

Oui, j'accepte. Non, je refuse.

ENFANT DE MOINS DE 14 ANS

Les parents d'un enfant de moins de 14 ans recevront automatiquement les résultats des découvertes fortuites qui ont un impact connu pour la santé de l'enfant durant l'enfance ou l'adolescence, pour lesquelles un traitement ou une prévention existe **et** est actuellement disponible durant l'enfance ou l'adolescence. Les découvertes fortuites n'ayant des implications qu'à l'âge adulte ne seront pas divulguées.

Partage des données pour des activités d'amélioration et d'assurance de la qualité des soins

Partage de données codées : Les résultats du ou des tests génétiques, le diagnostic et d'autres informations médicales (vos « données cliniques ») seront partagés, sous une forme codée, ne permettant pas de vous identifier/d'identifier votre enfant au sein des bases de données du Réseau québécois de diagnostic moléculaire et d'un réseau canadien équivalent. Ces bases de données répondent à des standards élevés de sécurité et de confidentialité. Ce partage de données vise à aider les médecins et les laboratoires à interpréter les résultats des tests génétiques et à réaliser des activités d'assurance et d'amélioration de la qualité des soins. Seuls les professionnels du laboratoire où l'analyse a été effectuée pourront faire le lien entre le patient et le code attribué à ses données.

Partage de données anonymisées : Pour les mêmes raisons que celles décrites ci-dessus, vos données cliniques seront aussi anonymisées (c'est-à-dire que les informations permettant de vous identifier directement seront supprimées de manière permanente) avant d'être soumises à des bases de données publiques nationales ou internationales.

Prise de contact à des fins de recherche

Je pourrais être invité à participer à des projets de recherche approuvés par un comité d'éthique de la recherche en lien avec le(les) test(s) mentionné(s) ci-dessus et pour lesquels je pourrais/mon enfant pourrait être éligible.

Oui, j'accepte. Non, je refuse.

Nom : Cliquez ici pour entrer du texte. Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte. Numéro dossier : Cliquez ici pour entrer du texte.

Je confirme que le professionnel de la santé m'a donné les explications nécessaires et qu'il a répondu à mes questions, de façon à ce que je puisse donner un consentement éclairé.

Nom : _____

Signature (incluant le mineur âgé de 14 ans et plus ou le représentant légal) : _____

Lien (si applicable) : mère ; père ; représentant légal

Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Nom de la personne qui obtient le consentement : _____

Signature de la personne qui obtient le consentement : _____

Date (AAAA/MM/JJ) : _____

POUR ANALYSE EN TRIO SEULEMENT :

Nom : _____

Signature : _____

Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Lien biologique : mère ; père ; autre : _____

Numéro d'assurance maladie (RAMQ) : _____

Nom : _____

Signature : _____

Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Lien biologique : mère ; père ; autre : _____

Numéro d'assurance maladie (RAMQ) : _____

En cas de découverte fortuite trouvée chez l'utilisateur en évaluation,

j'accepte qu'on me communique la présence ou l'absence de cette découverte fortuite pour moi-même.

je refuse qu'on me communique la présence ou l'absence de cette découverte fortuite pour moi-même.

En cas de découverte fortuite trouvée chez l'utilisateur en évaluation,

j'accepte qu'on me communique la présence ou l'absence de cette découverte fortuite pour moi-même.

je refuse qu'on me communique la présence ou l'absence de cette découverte fortuite pour moi-même.