

Demande de Biologie Moléculaire pour le test de profilage d'expression génétique MammaPrintBlueprint et Oncotype DX for Breast Recurrence Score

(IJB-AQ-F087-V05)

Edité, lu et approuvé par le responsable/adjoint Secteur Séquençage

Le 03/12/2021, Page 1/1

| DONNEES DU PATIENT : | |
|--|----------------------------|
| Nom : | Prélèvement effectué par : |
| Prénom : | Renseignements cliniques : |
| Adresse : | |
| Date de naissance : | |
| N°de dossier : | |
| NISS : | |
| Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |

| MEDECIN PRESCRIPTEUR : | |
|------------------------|--|
| Nom : | Cachet et signature |
| N°INAMI : | |
| Clinique du sein : | |
| Adresse : | |
| Copie à : | Date de la demande d'analyse :/...../..... |

| INFORMATIONS SUR L'ECHANTILLON : | | | | | | | | |
|----------------------------------|----------|--------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---|--|--------------------------------|
| REF Echantillon: | REF Bloc | Stade de la tumeur | Lames/Coloration | | | Fixation | | |
| | | | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> HE | <input type="checkbox"/> IHC | <input type="checkbox"/> FORMOL 4% TAMPONNE | <input type="checkbox"/> AUTRE : | |
| | | | Date de la coupe :/...../..... | | | <input type="checkbox"/> < 6H | <input type="checkbox"/> 6 - 48H | <input type="checkbox"/> > 48H |

| | | | |
|----------------------------|---------------------|-----------------|---|
| Date/ heure de prélèvement |/...../..... |H..... | |
| Date/ heure de fixation |/...../..... |H..... | |
| Type de prélèvement | biopsie / résection | Décalcification | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

| INFORMATIONS SUR LA DEMANDE D'ANALYSE MAMMAPRINT / BLUEPRINT OU ONCOTYPE DX : |
|---|
| Analyse réalisée dans le cadre de la convention des tests de profilage d'expression génétique (GEP) de l'INAMI (à cocher): |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON* |
| Test à réaliser : Mammaprint / Blueprint** <input type="checkbox"/> Oncotype DX for Breast Recurrence Score # <input type="checkbox"/> |
| <i>Les tests seront facturés à la clinique du sein agréée à l'origine de la demande d'analyse. La demande d'analyse doit être réalisée dans le cadre de la convention des tests de profilage d'expression génétique (GEP) pour pouvoir bénéficier d'un remboursement INAMI.</i> |
| <i>** Les échantillons seront envoyés au laboratoire d'anatomopathologie de l'UZ Leuven qui est accrédité selon les normes ISO 15189 pour effectuer ce test ou à Agendia.</i> |
| <i># Les échantillons seront envoyés à la firme Genomic Health (USA), propriétaire du test.</i> |
| <i>Vous pouvez consulter toutes les informations concernant cette convention sur le site de l'INAMI via ce lien : https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/laboratoires/Pages/remboursement-gep-cancer-sein-stade-precoce.aspx</i> |