

Information / contact Bruno Grilli / Schönbeinstrasse 40 / CH-4031 Basel Tel. +41 61 328 68 63 / molpath@usb.ch		Adresse d'envoi Institut de Génétique Médicale et Pathologie Schönbeinstr. 40 / CH-4031 Bâle	
Nom/prénom du patient _____ Date de naissance _____ Sexe <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F Adresse _____ Code postal _____ Lieu _____ No. d'échantillon externe _____ type de tumeur _____ Matériel: <input type="checkbox"/> paraffine / <input type="checkbox"/> sang / <input type="checkbox"/> non fixé / <input type="checkbox"/> cytologie / <input type="checkbox"/> SurePath		<div style="background-color: #cccccc; padding: 10px; border: 1px solid black; font-size: 24px; font-weight: bold;">Numéro interne</div> _____ _____ Date _____	
Prescripteur _____			
Copie des résultats à _____		facturer à <input type="checkbox"/> patient <input type="checkbox"/> prescripteur	

FISH	AMP = amplification / BAP = break apart / CNV = amplification/délétions numériques / FUS = fusion			
Lymphome	<input type="checkbox"/> BCL2	BAP	<input type="checkbox"/> BCL6	BAP
	<input type="checkbox"/> IGH / BCL2	FUS	<input type="checkbox"/> BCR / ABL	FUS
	<input type="checkbox"/> CCND1	BAP	<input type="checkbox"/> ETV6	BAP
	<input type="checkbox"/> IGH / CCND1	FUS	<input type="checkbox"/> JAK2	BAP
	<input type="checkbox"/> CMYC	BAP	<input type="checkbox"/> IGH / MAF	FUS
	<input type="checkbox"/> IGH / MYC / CEP8	FUS	<input type="checkbox"/> IGH / FGFR3	FUS
	<input type="checkbox"/> MALT1	BAP	<input type="checkbox"/> REL	AMP
	<input type="checkbox"/> CIJ / MALT1	FUS	<input type="checkbox"/> IRF4 (MUM1p)	BAP
	<input type="checkbox"/> API2 / MALT1	FUS		
Sarcomes	<input type="checkbox"/> CDK4	AMP	<input type="checkbox"/> CHOP	BAP
	<input type="checkbox"/> EWSR1	BAP	<input type="checkbox"/> FKHR	BAP
	<input type="checkbox"/> MDM2	AMP	<input type="checkbox"/> FUS	BAP
	<input type="checkbox"/> SYT	BAP	<input type="checkbox"/> PLAG1	BAP
Tumeurs mammaires	<input type="checkbox"/> HER2 FISH	AMP	<input type="checkbox"/> HER2 FISH + IHC	
Analyses combinées	<input type="checkbox"/> AneuVysion (Chr X,Y,13,18,21)		CNV	
	<input type="checkbox"/> Poumon (ALK,ROS1,RET,MET)		CNV	
	<input type="checkbox"/> UroVysion (Chr 3,7,9,17)		CNV	
	<input type="checkbox"/> Mélanome (CCND1,RREB1,CEP6,MYB)		CNV	
Autres sondes	<input type="checkbox"/> ALK	BAP	<input type="checkbox"/> NUTM1	AMP
	<input type="checkbox"/> CCND1	AMP	<input type="checkbox"/> NTRK1	BAP
	<input type="checkbox"/> EGFR	AMP	<input type="checkbox"/> NTRK3	BAP
	<input type="checkbox"/> ERG	BAP	<input type="checkbox"/> PDGFRB	BAP
	<input type="checkbox"/> FGFR1	AMP	<input type="checkbox"/> PIK3CA	AMP
	<input type="checkbox"/> IGF1R	AMP	<input type="checkbox"/> PTEN	CNV
	<input type="checkbox"/> IGH / FGFR3	FUS	<input type="checkbox"/> RARA	BAP
	<input type="checkbox"/> MAML2	BAP	<input type="checkbox"/> RB1 (13q14)	CNV
	<input type="checkbox"/> MET	AMP	<input type="checkbox"/> ROS1	BAP
	<input type="checkbox"/> MYB	BAP	<input type="checkbox"/> RET	BAP
	<input type="checkbox"/> MYC	FUS	<input type="checkbox"/> TP53	CNV
	<input type="checkbox"/> NMYC	AMP	<input type="checkbox"/> USP6	BAP