



S.C. MEDICINA DI LABORATORIO
Direttrice f.f.: Dott.ssa Patrizia Agnese Falcone
Area Biologia Molecolare

**MODULO RICHIESTA
ESAMI DI BIOLOGIA MOLECOLARE ONCOLOGICA**

COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE IN TUTTE LE SUE PARTI (IN STAMPATELLO)

Cognome e Nome del paziente: _____

Data di nascita (gg/mm/aa): ____ / ____ / ____

Sesso: [M] [F]

Notizie cliniche: _____

Prima diagnosi

Re biopsia

Altro

Motivazioni della richiesta del test molecolare _____

Paziente già sottoposto a chemio o radioterapia: Si in data: _____ No

Materiale: in possesso della AUSL VDA

Inviato perché in possesso di altra struttura (specificare) _____

ESAMI RICHIESTI:

Predizione risposta terapie in Tumori Solidi Vari - NGS				
<input type="checkbox"/> Pannello NGS DNA (Mutazioni)	<input type="checkbox"/> EGFR	<input type="checkbox"/> KRAS	<input type="checkbox"/> BRAF	<input type="checkbox"/> ALK
	<input type="checkbox"/> HRAS	<input type="checkbox"/> NRAS	<input type="checkbox"/> IDH1	<input type="checkbox"/> IDH2
	<input type="checkbox"/> ROS1	<input type="checkbox"/> RET	<input type="checkbox"/> MET	<input type="checkbox"/> PIK3CA
	<input type="checkbox"/> KIT	<input type="checkbox"/> PDGFRA	<input type="checkbox"/> ERBB2	<input type="checkbox"/> FGFR3
	<input type="checkbox"/> POLE			
<input type="checkbox"/> Pannello NGS RNA (Fusioni)	<input type="checkbox"/> ALK	<input type="checkbox"/> ROS1	<input type="checkbox"/> METskip14	<input type="checkbox"/> NTRK 1/2/3
	<input type="checkbox"/> RET	<input type="checkbox"/> FGFR2	<input type="checkbox"/> FGFR3	<input type="checkbox"/> PPARG
Esami richiesti tumori solidi (Metodica RT-PCR)				
Mutazioni_DNA				
<input type="checkbox"/> EGFR	<input type="checkbox"/> BRAF	<input type="checkbox"/> KRAS	<input type="checkbox"/> NRAS	<input type="checkbox"/> IDH1/2
Fusioni_RNA				
<input type="checkbox"/> ALK	<input type="checkbox"/> ROS1	<input type="checkbox"/> RET	<input type="checkbox"/> MET skip14	<input type="checkbox"/> NTRK 1/2/3
Predizione di risposta a Immunoterapia in tumori solidi vari				
<input type="checkbox"/> MSI				

Il consenso informato per indagini genetiche su materiale somatico è stato fatto firmare dal paziente a cura del personale della struttura richiedente ed è lì conservato

Nome e Cognome del Clinico Richiedente: _____ **Struttura ASL:** _____

NOTE:

La determinazione su acidi nucleici prevede l'utilizzo di diverse metodiche in sinergia tra loro. Se il materiale è idoneo e sufficiente verrà prima eseguita l'analisi in NGS. Traslocazioni/fusioni eventualmente risultate dubbie o sotto gli standard di qualità in NGS verranno ulteriormente indagate con RT-PCR e refertate di conseguenza.

I pannelli NGS/RT-PCR possono prevedere l'analisi di un numero di geni superiore a quelli richiesti e riportati sul referto.

VALUTAZIONE IDONEITA' CAMPIONE per ESAMI di BIOLOGIA MOLECOLARE
(Linee guida AIOM-SIAPEC-IAP Ottobre 2021)

Campione istologico N°/Campione citologico N°: _____

Neoplasia primitiva Metastasi Distretto anatomico _____

➤ Numero vetrini esaminati: _____

➤ Selezionato vetrino identificativo: _____

➤ % cellule Neoplastiche: _____

Se maggiore del 50%: si inviano almeno 8 sezioni da 7µm in 2 eppendorf (4 sezioni da 7 µm/eppendorf)

Se inferiore a 50% si procede con la selezione dell'area tumorale: si inviano almeno 10 sezioni da 10 µm

➤ Cellule neoplastiche >50% nell'area selezionata Si No

➤ Cellule neoplastiche = 100% nell'area selezionata Si No

➤ Osservazioni: _____

Si allega copia istologico

Nome e Cognome del Patologo Richiedente: _____

Timbro e firma
