



Pour le centre de prélèvement – *For the collection centre*
N° Suivi envoi – *Shipping Tracking no.*

Requête pour test ADNtc: Biopsie liquide FOLLOW IT
Test Requisition for ctDNA test: FOLLOW IT Liquid Biopsy

INFORMATION DU PATIENT - PATIENT INFORMATION

Nom de famille / Last Name Prénom / First Name

Date de naissance / Date of Birth

☐ Masculin / Male

RAMQ / Health Card No.

☐ Féminin / Female

N° téléphone / Phone No.

MÉDECIN PRESCRIPTEUR – ORDERING PHYSICIAN

Nom de famille / Last Name Prénom / First Name

N° permis / License no.

Adresse / Address

N° téléphone / Phone No.

N° télécopieur / Fax No.

TEST SELECTION :

☐ **Avitia** - Follow It (SNVs & Indels: 38 cancer-related genes, CNV's 9 genes, MSI: 21 amplicons)

ÉCHANTILLON SANGUIN (1 tube Streck) - BLOOD SAMPLE (1 Streck tube)

Date du prélèvement / Date sample collected

Dosage d'amplicons multiplexés ADN FFPE focalisés pour la détection des SNV, des Indels, des CNV et des MSI

 37 Genes		SNVs & Indels (37 genes)						CNVs* (9 genes)		MSI*
		AKT1	ALK	AR	BRAF	CTNNB1	DICER1	CCNE1	EGFR	21 Loci
		DDR2	EGFR	ERBB2	ESR1	FGFR1	FGFR2	ERBB2	FGFR1	
		FGFR3	FOXL2	GNA11	GNAQ	GNAS	HRAS	FGFR2	KIT	
		IDH1	IDH2	KIT	KRAS	MAP2k1	MAP2K2	KRAS	MET	
		MET	NRAS	NTRK1	NTRK3	PDGFRA	PIK3CA	PIK3CA		
		POLE	PTCH1	PTEN	RET	ROS1	STK11			
		TP53*								
 26 Exons										
 >337 Targeted Hotspots										

DIAGNOSTIC – DIAGNOSIS

- ☐ Cancer du poumon non à petites cellules / *Non-small cell lung cancer*
- ☐ Cancer du sein / *Breast cancer*
- ☐ Cancer de l'endomètre / *Endometrial cancer*
- ☐ Cancer colorectal / *Colorectal cancer*
- ☐ Autre / *Other* _____

Date du diagnostic / *Date of diagnosis* : _____

Stade / *Stage* : _____

Statut de la maladie / *Disease status* :

- ☐ Métastatique / *Metastatic*
- ☐ Rechute / *Relapse*
- ☐ Réfractaire / *Refractory*
- ☐ Non résécable / *Unresectable*

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES – ADDITIONAL INFORMATION

- ☐ Code CIM-10 / *ICD-10 Code* : _____
- ☐ Antécédents de traitement (chimiothérapie / thérapie ciblée / aucun, etc.) / *Treatment History (Chemotherapy / Targeted Therapy / None, etc.)* :
Indiquer le(s) médicament(s) utilisé(s) / *Indicate drug(s) used*

- ☐ Analyses moléculaires / *Molecular Testing*
(Incluant IHC, FISH, PCR, NGS, EGFR, KRAS, ER, PR, HER2, etc.)
 - ☐ Aucun / *None*
 - ☐ Oui / *Yes* : (Fournir les détails des analyses et résultats / *Provide details of testing and results*)

- ☐ Joindre les rapports pertinents / *Attach relevant reports* :

- ☐ Anatomopathologie / *Pathology*
- ☐ Cytologie / *Cytology*
- ☐ NFS / *CBC*
- ☐ BMA différentiel / *BMA differential*
- ☐ Classification FAB

Ma signature ci-dessous confirme que ce test est médicalement nécessaire dans le but de maintenir la santé, prévenir la maladie ou de traiter la maladie de ce patient. / *My signature below confirms that this test is medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or treating the illness of this patient.*

Signature du médecin / *Physician Signature*

Date (AAAA-MM-JJ / YYYY-MM-DD)



INSTRUCTIONS POUR COMMANDER

- Remplir et **signer** la requête de test. **Tous les champs sont obligatoires.**
- **Un numéro de télécopieur sécurisé** (y compris l'indicatif régional) **doit être fourni pour que OncoHelix puisse envoyer les rapports.**
- Les échantillons doivent être **soumis avec le rapport de pathologie.**
- **Veuillez fournir des renseignements complets concernant les antécédents cliniques et le diagnostic**, car cette information sera importante dans l'interprétation des résultats génomiques et des recommandations en matière de pharmacothérapie.
- **Veuillez remettre au patient :**
 - La requête de test,
 - Le rapport de pathologie,
 - Et s'il y a lieu, les résultats de tests moléculaires.

POUR LE PRÉLÈVEMENT :

- **ENVOYER LA RÉQUISITION** à Genoscience :
 - Fax : [1 418 641-8950](tel:14186418950)
 - Courriel : info@genolife.ca

Genoscience contactera le patient, organisera le prélèvement sanguin et enverra l'échantillon et les documents OncoHelix pour analyse.

Si vous avez des questions au sujet du prélèvement, veuillez contacter Genoscience au [1 844 440-5454](tel:18444405454).

Si vous avez des questions au sujet du test, veuillez contacter OncoHelix :

Tél : [403 210-6974](tel:4032106974) | Fax : [403 210-8176](tel:4032108176) | Courriel : precision.diagnostics@oncohelix.org

INSTRUCTIONS FOR ORDERING

- Complete and **sign** the test requisition. **All fields are mandatory.**
- **A secure Fax number** (including area code) **must be provided for OncoHelix to send reports.**
- Samples must be **submitted with the pathology report.**
- **Please provide comprehensive information regarding clinical history and diagnosis** as this information will be important in the interpretation of genomic findings and drug therapy recommendations.
- **Give to your patient a copy of :**
 - The test requisition,,
 - The pathology report,
 - And if applicable, molecular test results.

FOR SAMPLE COLLECTION :

- **SEND THE TEST REQUISITION** to Genoscience :
 - Fax : [1 418 641-8950](tel:14186418950)
 - Email : info@genolife.ca

Genoscience will contact the patient, organize blood collection and ship the sample along with all documentation to OncoHelix for analysis.

If you have questions regarding collection, contact Genoscience at [1-844-440-5454](tel:18444405454).

If you have any questions regarding the test, please contact OncoHelix

Tel : [403 210-6974](tel:4032106974) | Fax : [403 210-8176](tel:4032108176) | Courriel : precision.diagnostics@oncohelix.org