

**Laboratorio di Onco-Ematologia M.Tettamanti**

tel. 039/2333661 - fax 039/2332167  
Certificato UNI EN ISO 9001:2008

**RICHIESTA ANALISI DI SEQUENZIAMENTO  
mediante Next Generation Sequencing**

A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE. TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI

Data del prelievo \_\_\_\_\_ Provenienza \_\_\_\_\_

Materiale inviato:  aspirato midollare  sangue venoso periferico

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso: M  F

Data di nascita \_\_\_\_\_ Diagnosi clinica \_\_\_\_\_

Fase malattia \_\_\_\_\_ % Blasti (se presenti) \_\_\_\_\_

**Analisi richiesta:**

**PANNELLO COMPLETO (comprende tutti i 30 geni elencati in "Analisi singoli geni")**

**Leucemia Mieloide Acuta (AML) (18 geni)**

ASXL1(9,11,12), BRAF(15), CEBPA(all), DNMT3A(all), EZH2(all), FLT3(13-15,20), IDH1(4), IDH2(4), KIT(2,8-11,13,17,18), KRAS(2,3), NPM1(10,11), NRAS(2,3), RUNX1(all), SRSF2(1), TET2(all), TP53(all), U2AF1(2,6), WT1(6-10)

**Mielodisplasia (MDS) (23 geni)**

ASXL1(9,11,12), BRAF(15), CBL(8,9), CEBPA(all), CSF3R(all), DNMT3A(all), EZH2(all), FLT3(13-15,20), HRAS (2,3), IDH1(4), IDH2(4), KRAS(2,3), MPL(10), NPM1(10,11), NRAS(2,3), RUNX1(all), SF3B1(10-16), SRSF2(1), TET2(all), TP53(all), U2AF1(2,6), WT1(6-10), ZRSR2(all)

**Sindrome Mieloproliferativa (MPN) (13 geni)**

ASXL1(9,11,12), CALR(9), DNMT3A(all), EZH2(all), IDH1(4), IDH2(4), JAK2(all), MPL(10), SETBP1(4), SF3B1 (10-16), SRSF2(1), TET2(all), U2AF1(2,6)

**Leucemia Mielomonocitica Giovanile (JMML) (7 geni)**

CBL(8,9), KRAS(2,3), NRAS(2,3), PTPN11(3,7-13), RUNX1(all), SETBP1(4), ZRSR2(all)

**Leucemia Linfoblastica Acuta (ALL) (8 geni)**

ABL1(4-9), BRAF(15), FLT3(13-15,20), HRAS(2,3), JAK2(all), KRAS(2,3), NRAS(2,3), PTPN11(3,7-13)

**Leucemia Linfocitica Cronica (CLL)**

TP53(all)

**Analisi Singoli Geni: scegliere il/i gene/i di interesse**

<input type="checkbox"/> ABL1 (4-9)	<input type="checkbox"/> ASXL1 (9,11,12)	<input type="checkbox"/> BRAF (15)	<input type="checkbox"/> CALR (9)	<input type="checkbox"/> CBL (8,9)	<input type="checkbox"/> CEBPA (all)
<input type="checkbox"/> CSF3R (all)	<input type="checkbox"/> DNMT3A (all)	<input type="checkbox"/> ETV6 (all)	<input type="checkbox"/> EZH2 (all)	<input type="checkbox"/> FLT3 (13-15,20)	<input type="checkbox"/> HRAS (2,3)
<input type="checkbox"/> IDH1 (4)	<input type="checkbox"/> IDH2 (4)	<input type="checkbox"/> JAK2 (all)	<input type="checkbox"/> KIT (2,8-11,13,17,18)	<input type="checkbox"/> KRAS (2,3)	<input type="checkbox"/> MPL (10)
<input type="checkbox"/> NPM1 (10,11)	<input type="checkbox"/> NRAS (2,3)	<input type="checkbox"/> PTPN11 (3,7-13)	<input type="checkbox"/> RUNX1(all)	<input type="checkbox"/> SETBP1 (4)	<input type="checkbox"/> TET2 (all)
<input type="checkbox"/> TP53 (all)	<input type="checkbox"/> U2AF1 (2,6)	<input type="checkbox"/> WT1 (6-10)	<input type="checkbox"/> SF3B1 (10-16)	<input type="checkbox"/> SRSF2 (1)	<input type="checkbox"/> ZRSR2 (all)

Annotazioni \_\_\_\_\_

**NOME E COGNOME del MEDICO RICHIEDENTE:** \_\_\_\_\_

TEL/FAX (per invio Referto): \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il medico (firma leggibile) \_\_\_\_\_