



INFORMAZIONI CLINICHE RICHIESTE PER ANALISI GENETICHE MEDIANTE BIOPSIA LIQUIDA

DA COMPILARSI A CARICO DELL'ONCOLOGO E INVIARE TRAMITE MAIL A:

biopsia.liquida@iov.veneto.it

TELEFONO ED EMAIL DELL'ONCOLOGO INVIANTE:

BARRARE ANALISI RICHIESTA:

• POLMONE

RICERCA MUTAZIONI GENE EGFR

Codice CVP: **G8.01_22 (BIOPSIA LIQUIDA MUTAZIONI EGFR)**

RICERCA PROFILO ALTERAZIONI TUMORALI MEDIANTE NGS (pannello 17 geni Avenio)

Codice CVP: **91.30.7 (Analisi di sequenze geniche mediante sequenziamento massivo parallelo per carcinoma non a piccole cellule non squamoso (adenocarcinoma) metastatico del polmone cito/istologicamente diagnosticato)**

Codice CVP: **(casi polmone/NON adenocarcinoma) G8.02_2 (ANALISI SOMATICA AD AMPIO SPETTRO A BASSA COMPLESSITA')**

N.B. Nel caso di richiesta di test EGFR e, se negativo, PROFILAZIONE MEDIANTE NGS, barrare entrambe le caselle e inserire entrambi i codici CVP in impegnativa.

• MAMMELLA

RICERCA MUTAZIONI GENE ESR1 MEDIANTE ddPCR

Codice CVP: **G8.01_25 (BIOPSIA LIQUIDA MUTAZIONI ESR1)**

RICERCA PROFILO ALTERAZIONI TUMORALI MEDIANTE NGS per casi con indicazioni cliniche specifiche (pannello 6 geni Sysmex, incluso ESR1+PIK3CA+AKT)

Codice CVP: **G8.02_2 (ANALISI SOMATICA AD AMPIO SPETTRO A BASSA COMPLESSITA')**



• **ALTRO**

- RICERCA PROFILO ALTERAZIONI TUMORALI MEDIANTE NGS (pannello 17 geni Avenio)
Codice CVP: **G8.02_2 (ANALISI SOMATICA AD AMPIO SPETTRO A BASSA COMPLESSITA')**

- RICERCA PROFILO ALTERAZIONI TUMORALI MEDIANTE NGS richieste da MTB
Codice CVP: **G8.04_4 (PROFILAZIONE GENICA NEOPLAS. [COMPREHENSIVE GENOME PROFIL. - CGP] VAL. MTB)**

Per richieste specifiche scrivere a biopsia.liquida@iov.veneto.it.

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE:

NOME COGNOME
CODICE FISCALE
DATA E LUOGO DI NASCITA
RESIDENTE A VIA N^o

INDICARE TIPOLOGIA TUMORALE, ISTOLOGIA E STADIO DELLA NEOPLASIA:

BARRARE MOTIVO DELLA RICHIESTA:

- RICHIESTA ALLA DIAGNOSI
- RICHIESTA ALLA PROGRESSIONE. In questo caso indicare:
 - eventuali mutazioni note riscontrate nel campione alla diagnosi

NESSUNA NOTA EGFR KRAS BRAF ALK ALTERATO ROS1 ALTERATO

ALTRO (specificare)

- eventuali trattamenti eseguiti o in corso



TIPOLOGIA DEL MATERIALE INVIATO:

PLASMA (BIOPSIA LIQUIDA)

- I prelievi vengono eseguiti presso il punto prelievi *IOV ogni mattina* (11:00 – 13:00 circa) oppure possono essere eseguiti presso ospedale di provenienza del paziente tramite corriere.
- Volume di sangue richiesto: circa 20 ml, da prelevarsi in 2 tubi Streck. Se richiesta EGFR + NGS, volume richiesto: circa 30 ml, da prelevarsi in 3 tubi Streck

Indicare luogo e data esatta del prelievo (giorno/mese)

Punto prelievi IOV : _____ (DATA)

Reparto di provenienza : _____ (DATA)

Verrà consegnata informativa relativa al test e raccolto consenso informato per NGS

Firma del medico curante _____