

Rekvisation af helgenomsekventering NGC WGS-Vest

Patientgruppe: Børn og unge med kræft

Patientinformation

(udfyld elektronisk eller brug patientlabel med stregkode)

Patientnavn: _____

CPR-nr.: _____ - _____

Rekvirerende læge & afdeling

(Kontaktoplysninger – udfyld elektronisk eller brug label stempel)

Dato: _____

Afdeling, der skal udføre fortolkning

(Navn eller SOR kode)

Indikation for helgenomsekventering

Kriterier for rekvisation af helgenomsekventering kan findes på [ngc.dk](#)

- Børn (0-17 år) med nydiagnosticeret kræft
- Unge (18-20 år), der behandles på en børneonkologisk afdeling, med en tumor typisk for barnealderen.

Hvor kræftdiagnosen er stillet i barnealderen (0-17 år) og der opstår resistens, progression recidiv, eller 2. kræftsygdom (i), mens patienten er <18 år og/eller (ii) op til 5 år fra diagnostetidspunktet. Kan der rekvireres helgenomsekventering for nydiagnosticerede patienter med:

- Behandlingsresistent, progredieret eller recidiveret kræft.
- 2. (eller senere) kræftsygdom

Ovenstående gælder også for alle CNS-tumorer samt myelodysplastisk syndrom.

OBS der kan for nuværende kun rekvireres germline analyse hos NGC



Aarhus Universitetshospital
Molekylær Medicinsk Afdeling
NGC WGS vest
Carl Krebs Vej 36 (Varemodtagelse)
8200 Aarhus N
T 78 45 53 30
M ngc@rm.dk

Prøvemateriale (der skal fremsendes 2 prøver)

Analyseoplysninger kan findes på [ngc.dk](#)

1. prøve

- Blod EDTA
- DNA Isoleret fra fibroblastkultur/hudbiopsi
Såfremt der ikke kan sendes ovenstående, kan der efter aftale fremsendes andet prøvemateriale (se liste over muligheder på [ngc.dk](#))

Andet: _____

Dato: _____

Glas nr./prøve id: _____

Prøvetager/kontrollørs initialer: _____

2. prøve (til verifikation)

- Blod EDTA
- DNA Isoleret fra fibroblastkultur/hudbiopsi
Såfremt der ikke kan sendes ovenstående, kan der efter aftale fremsendes andet prøvemateriale (se liste over muligheder på [ngc.dk](#))

Andet: _____

Dato: _____

Glas nr./prøve id: _____

Prøvetager/kontrollørs initialer: _____

OBS: To forskellige personer kontrollerer, at prøver og patientdata stemmer overens.

Familieprøve (indikation skal ikke udfyldes)

- Forældre (til proband)
- Andet (til proband)

Proband CPR-nr.: _____ - _____

Proband CPR-nr.: _____ - _____

OBS: Ved brug af e-cpr.nr. kontaktes NGC WGS-Vest.

Evt. bemærkninger