**Confirmation pour la génétique**

Contrôle de qualité externe, année de référence : ………………………………………………………………………………

*(Données de l'année précédente par rapport à la déclaration actuelle)*

❒ Onco-hématologique *(Annexe : Certificats des comparaisons externes de l'année de référence pour les analyses mentionnées à la page 2, sans les évaluations détaillées et les appréciations)*

❒ Héréditaire

Laboratoire / Institution : ………………………………………………………………………………………………………..………..

Rue : ……..…………………………………………………………………………………………………………...…………..………….…….

CP Lieu : ……………………………………………………………………………………………….………………………..……………….…

ZSR Fournisseur de prestations : ………………..………………………………………………………………………………………

GLN Fournisseur de prestations : ……………………………………………………………………………….………………………

GLN-Labor (selon enregistrement QUALAB) : ……………………………………………………….…………………………….

E-Mail : ………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Le / la soussigné(e) confirme que les échantillons des contrôles de qualité externes ont été analysés dans les locaux du laboratoire susmentionné par le personnel compétent dûment formé et avec les appareils propres au laboratoire, resp. que les caryogrammes envoyés pour évaluation représentent des cas cultivés et analysés dans le propre laboratoire.Oui ❑ Non ❑ | Le / la soussigné(e) confirme que pour toutes les analyses, le contrôle de qualité externe est effectué avec la même méthode que pour les échantillons de patients.Oui ❑ Non ❑ |
| Le / la soussigné(e) confirme qu'un contrôle de qualité interne est effectué pour toutes les analyses.Oui ❑ Non ❑ |

|  |
| --- |
| Nom du responsable : …………………….…………………………………………….…………………………………….…………E-Mail de la personne responsable : ………………………………………..………….…………………………………………Lieu / Date : …..…................................................................................................................................. |

*Veuillez consulter le verso et remplir la page 2*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Position** | **SC** | **Dénomination** | **AOS facturé** | **Contrôle de qualité externe\*** |
| **6305.33** | 00 | Examens chromosomiques | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6309.34** | 00 | FISH Interphase | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6310.34** | 00 | FISH Metaphasen | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6311.36** | 00 | Microarray | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.50** | 10 | AML1-ETO | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.50** | 20 | CBFB-MYH11 | Oui ❑ Nein ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.50** | 30 | NPM1 | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.50** | 40 | PML-RARA | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.50** | 50 | BCR-ABL1 | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.50** | 60 | JAK2 V617F | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.50** | 70 | CALR | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.50** | 90 | BRAF V600E | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.50** | 110 | KIT D816V | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.51** | 10 | AML1-ETO | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.51** | 20 | CBFB-MYH11 | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.51** | 30 | NPM1 | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.51** | 40 | PML-RARA | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.51** | 50 | BCR-ABL1 | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.51** | 60 | JAK2 V617F | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.51** | 70 | CALR | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.54** | 10 | JAK2 V617F | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.54** | 20 | CALR | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.58** | 10 | CALR | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.58** | 20 | CEBPA | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.58** | 30 | NPM1 | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.58** | 90 | BRAF V600E | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.58** | 110 | KIT D816V | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.65** | 00 | TP53 | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6400.66** | 00 | NGS Panel AML | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6401.50** | 90 | BRAF V600E | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6401.58** | 90 | BRAF V600E | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |
| **6401.65** | 00 | TP53 | Oui ❑ Non ❑ | Oui ❑ Non ❑ |

*\*A remplir si la réponse pour AOS facturé est OUI*