

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

**Project ACTT - Accès au dépistage et au traitement du cancer en réponse au COVID-19**  
**Project ACTT - Access to Cancer Testing & Treatment in Response to COVID-19**

**INFORMATION DU PATIENT - PATIENT INFORMATION**

Nom de famille / Last Name

Prénom / First Name

Date de naissance / Date of Birth

RAMQ / Health Card No.

Masculin / Male  
 Féminin / Female

No. téléphone / Phone No.

**MÉDECIN PRESCRIPTEUR - ORDERING PHYSICIAN**

Nom de famille / Last Name

Prénom / First Name

No. permis / License no.

Adresse / Address

No. téléphone / Phone No.

No. télécopieur / Fax No.

**ÉCHANTILLON SANGUIN (2 tubes Streck) - BLOOD SAMPLE (2 Streck tubes)**

Date du prélèvement / Date sample collected :

AAAA-MM-JJ / YYYY-MM-DD

Nom du préleveur / Collector Name

**RAISON DE LA REQUÊTE - REASON FOR REFERRAL**

- Identification de cible thérapeutique / Therapeutic target identification  
 Résistance acquise à un médicament / Acquired resistance to drug  
 Autre / Other: \_\_\_\_\_

Préciser / Specify

**DIAGNOSTIC - DIAGNOSIS**

- Cancer du poumon non à petites cellules / Non-small cell lung cancer  
 Cancer du sein / Breast cancer  
 Stade III / Stage III  
 Stade IV / Stage IV  
 Rechute / Relapse  
 Réfractaire / Refractory

**INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES - ADDITIONAL INFORMATION**

- Métastases / Metastasis  
 Sous traitement / Undergoing treatment : \_\_\_\_\_

Indiquer le(s) médicament(s) utilisé(s) / Indicate drug(s) used

**ANALYSES MOLÉCULAIRES - MOLECULAR TESTING**

Y compris IHC, FISH et autres tests moléculaires tels que EGFR, KRAS, ER, PR, HER2 et autres  
Including IHC, FISH and other molecular assays such as EGFR, KRAS, ER, PR, HER2 and others

- Aucun / None  
 Oui / Yes : \_\_\_\_\_

Fournir les détails des analyses et résultats / Provide details of testing and results

**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 Canexia Health puisse envoyer les rapports.**
- Les échantillons doivent être **soumis avec le rapport de pathologie.**
- **Veillez 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.
- **Veillez 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 Genolife : Fax: 1-418-641-8950 Courriel : [info@genolife.ca](mailto:info@genolife.ca)**

- Genolife contactera le patient, organisera le prélèvement sanguin et enverra l'échantillon et les documents à Canexia Health pour analyse.
- Si vous avez des questions au sujet du prélèvement, veuillez contacter Genolife au 1-844-440-5454.
- Si vous avez des questions au sujet du test, veuillez contacter Canexia Health :  
Tél: 778.379.2931 Fax: 778.379.3567 Courriel : [test@canexiahealth.com](mailto:test@canexiahealth.com)

## INSTRUCTIONS FOR ORDERING

- Complete and sign the test requisition. **All fields are mandatory.**
- **A secure Fax number** (including area code) **must be provided for Canexia Health 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 Genolife: Fax: 1-418-641-8950 Email: [info@genolife.ca](mailto:info@genolife.ca)**

- Genolife will contact the patient, organize blood collection and ship the sample along with all documentation to Canexia Health for analysis.
- If you have questions regarding collection, contact Genolife at 1-844-440-5454.
- If you have any questions regarding the test, please contact Canexia Health:  
Tel: 1-778-379-2931 Fax: 1-778-379-3567 Email: [test@canexiahealth.com](mailto:test@canexiahealth.com)