

PRESCRIPTION D'EXAMEN DE GÉNÉTIQUE SOMATIQUE/THÉRANOSTIQUE

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16
SECRÉTARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 47 / Fax : 04 91 22 35 44
SECRÉTARIAT ONCOGÉNÉTIQUE MOLECULAIRE : 04 91 22 35 27 / Fax : 04 91 22 35 77

1379-V4

Ne pas remplir
(Réservé au laboratoire)
Numéro
d'enregistrement

Renseignements Patient (Étiquette à coller ici)	Établissement - Service ou UF demandeurs : (si établissement hors IPC - Coordonnées de l'hôpital et du service)
Nom de naissance : Nom usuel : Prénom : Date de naissance : Sexe : IPP :	
Date de prélèvement : Heure de prélèvement : Préleveur : (Nom et Signature obligatoires)	Date de la demande : Médecin prescripteur (si différent du préleveur) : (Nom et signature obligatoires)
TYPE DE PRÉLÈVEMENT <input type="checkbox"/> Tissu fixé : n° <input type="checkbox"/> ADNg extrait de : <input type="checkbox"/> Fixateur :	<input type="checkbox"/> Sang sur EDTA <input type="checkbox"/> Tissu/biopsie congelé(e) : n° <input type="checkbox"/> ADN circulant sang (EGFR pour cancer du poumon) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Nombre : Tubes : Blocs : Lames : Autres :	
Les modalités de prélèvements (nombre de tubes, type de support de prélèvement, ...) et les autres exigences du Département de Biologie du Cancer sont accessibles à l'adresse suivante : https://ipcnet-extranet.ipc.unicancer.fr/medecin/Pages/dbc.aspx	

ANALYSE DEMANDÉE

Tumeur stromale gastro-intestinale : <input type="checkbox"/> KIT / PDGFRA Cancer du poumon : <input type="checkbox"/> EGFR <input type="checkbox"/> EGFR / KRAS <input type="checkbox"/> BRAF <input type="checkbox"/> ALK (IHC / FISH) <input type="checkbox"/> ROS1 (IHC / FISH) <input type="checkbox"/> MET (mutation / amplification) Cancer colo-rectal : <input type="checkbox"/> KRAS / NRAS <input type="checkbox"/> BRAF Mélanome : <input type="checkbox"/> BRAF / NRAS Test d'instabilité des microsatellites : <input type="checkbox"/> Méthylation de MLH1 <input type="checkbox"/> Tumeur de la granulosa : <input type="checkbox"/> FOXL2 Cancer de l'ovaire ou du sein métastatique : <input type="checkbox"/> BRCA1 / BRCA2 <input type="checkbox"/> TP53 <input type="checkbox"/> PIK 3CA Lymphome : <input type="checkbox"/> Clonalité B <input type="checkbox"/> Clonalité T <input type="checkbox"/> FISH MYC <input type="checkbox"/> FISH BCL2 <input type="checkbox"/> FISH BCL6 Autre : Préciser
--

RENSEIGNEMENTS CLINICO-BILOGIQUES COMPLÉMENTAIRES

• Organe :	• Histologie :
• Primitif ou métastase :	• % de cellules Tumorales :
• Nom du pathologiste de l'IPC :	
<i>Demande externe : joindre une photocopie du compte-rendu d'Anatomopathologie ou à défaut le n° et la date d'enregistrement du prélèvement, ainsi que les coordonnées du cabinet d'anatomopathologie.</i>	

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE IPC

Date de réception :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	Oui	Non
		Motif :		

PRESCRIPTION D'EXAMEN DE GÉNÉTIQUE SOMATIQUE

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16
SECRÉTARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 47 / Fax : 04 91 22 35 44
SECRÉTARIAT ONCOGÉNÉTIQUE MOLECULAIRE : 04 91 22 35 27 / Fax : 04 91 22 35 77

1379-V2

Ne pas remplir
(Réservé au laboratoire)
Numéro
d'enregistrement

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Renseignements Patient

Nom de naissance :
Nom usuel :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : IPP :



**EN L'ABSENCE DE CE BON DE PRISE
EN CHARGE RENSEIGNÉ, LA PRESCRIPTION
NE SERA PAS TRAITÉE ET LES EXAMENS NE SERONT
PAS RÉALISÉS.**

DESTINATAIRE DU COMPTE-RENDU DE RÉSULTATS

Nom : Prénom :
Établissement :
Adresse :
Tél. : Fax :

ÉTABLISSEMENT À FACTURER

Nom :
Adresse :
Tél. : Fax :
Cachet :

Date de réception :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	Oui	Non
		Motif :		