

PRESCRIPTION D'EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES DES PERSONNES

SECRETARIAT ONCOGÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE : 04 91 22 37 42 / Fax : 04 91 22 38 57

1488 - V4

RENSEIGNEMENTS PATIENT

Nom patronyme : Prénom :
Nom d'épouse : DDN :
n° IPP : Référence extérieure :
Sexe : Référence famille IPC :
Indemne Diagnostic individuel et âge au diagnostic :

SYNDROME ÉVOQUÉ

Sein Sein-Ovaire Ovaire
HNPCC PAF-APC Autres digestifs
Li-Fraumeni Cutané Autres :

- Analyses :

Analyse Panel (mutations ponctuelle et RGT) :

- Sein/ovaire** : BRCA1 / BRCA2 / PALB2 / CDH1 / EPCAM / MLH1 / MSH2 / MSH6 / PMS2 / PTEN / RAD51C / RAD51D / TP53
 Tube digestif : MSH2 / MLH1 / MSH6 / PMS2 / EPCAM / MUTYH / APC / PTEN / STK11 / BMPR1A / SMAD4 / POLE / POLD1 / CDH1
 Neurofibromatoses : NF2 / SMARCB1

Ré-analyse bio-informatique (entourer les gènes à analyser) : BRCA1 / BRCA2 / PALB2 / CDH1 / MLH1 / MSH2 / MSH6 / PMS2 / EPCAM / APC / MUTYH / PTEN / STK11 / TP53 / RAD51C / RAD51D

Analyse hors panel (entourer les gènes à analyser) : RUNX1 / CEBPA

Génotypage (Étude de marqueurs microsatellites)

Analyse sur ARN

DPN (Analyse sur villosités chorales triées)

Analyse Ciblée* : mutation ponctuelle ou RGT (Prélèvement : cf. manuel de prélèvement ; joindre le CR avec la mutation).

Gène et mutation demandés :

- Procédure :

- Standard** (Délai : cf. manuel de prélèvement)
 Urgente (à justifier)
Date souhaitée : / /

- Consentement éclairé :

Ci-joint copie du consentement **OU** J'atteste avoir ce consentement en ma possession

- Détermination : Initiale (1^{er} prélèvement) Confirmation (2^{ème} prélèvement indépendant)

Nom et Signature du Médecin prescripteur :

Date prescription :

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE PRÉLEVEUR

PRÉLEVEUR :

Nom et prénom :

Date du prélèvement :

Cachet de la structure

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>

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE IPC

Date de réception :

Heure de réception et nom :

Conformité de la demande :

Oui Non

Motif :

PRESCRIPTION D'EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES DES PERSONNES

SECRETARIAT ONCOGÉNÉTIQUE CLINIQUE : 04 91 22 38 36 / Fax : 04 91 22 38 57

1488 - V3

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 :		