

**Oncogénétique moléculaire****Pr H. Sobol**

Dr M. Adi Wijayanto  
 Dr A.S Alary  
 V. Bourdon  
 Dr A. Hadjadj Aoul  
 T. Noguchi  
 Dr C. Popovici  
 Dr A. Remenieras

**Biopathologie****Pr Luc Xerri**

Dr A. Boucraut  
 Dr T. Candau  
 Pr E. Charafe  
 Dr E. Durieux  
 Dr M. Heinish  
 Dr L. Mescam-Mancini  
 Dr F. Pesce  
 Dr F. Poizat  
 Dr A. Postolache



INSTITUT PAOLI-CALMETTES  
 un|cancer Marseille

Département de Biologie du Cancer : Pr Hagay Sobol

**PRESCRIPTION D'EXAMEN DE GÉNÉTIQUE SOMATIQUE/THÉRANOSTIQUE**

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16

1379-V11

SECRÉTARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 57 / Fax : 04 91 22 35 44

SECRÉTARIAT ONCOGÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE : 04 91 22 35 27 / Fax : 04 91 22 35 77

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

<b>Renseignements Patient</b> (Étiquette à coller ici)	<b>Établissement - Service ou UF demandeurs :</b> (si établissement hors IPC - Coordonnées de l'hôpital et du service)
Nom de naissance : Nom usuel : Prénom : Date de naissance : Sexe : IPP :	

<b>Date de prélèvement :</b> ..... <b>Heure de prélèvement :</b> ..... <b>Préleveur :</b> ..... (Nom, Prénom, RPPS et Signature obligatoires)	<b>Date de la demande :</b> ..... <b>Médecin prescripteur (si différent du préleveur) :</b> (Nom, Prénom, RPPS et Signature obligatoires)
--	---

<b>TYPE DE PRÉLÈVEMENT</b> <input type="checkbox"/> Tissu fixé : n° ..... <input type="checkbox"/> ADNg extrait de : ..... <input type="checkbox"/> Fixateur : ..... <input type="checkbox"/> Tissu/biopsie congelé(e) : n° .....	<input type="checkbox"/> Sang sur EDTA <input type="checkbox"/> ADN circulant sang <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : .....
---	--

**Nombre :** Tubes : ..... Blocs : ..... Lames : ..... Autres : .....

Les modalités de prélèvements (nombre de tubes, type de support de prélèvement, ...), les grilles tarifaires des analyses, la composition des panels 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>

**Pathologie**

<input type="checkbox"/> Cancer du poumon	<input type="checkbox"/> Sarcomes	<input type="checkbox"/> Cancers urologiques
<input type="checkbox"/> Cancers gynécologiques (sein, ovaire, ...)	<input type="checkbox"/> Cancer de l'endomètre	<input type="checkbox"/> Mélanome
<input type="checkbox"/> Cancers du tube digestif	<input type="checkbox"/> Cholangiocarcinome	<input type="checkbox"/> Cancers des glandes annexes digestives
<input type="checkbox"/> Tumeur de la granulosa	<input type="checkbox"/> Cancer de la prostate	<input type="checkbox"/> Autres cancers : .....

**LIGNE DE TRAITEMENT**      Au diagnostic       1       2       3       > à 3

**ANALYSE DEMANDÉE**

**Panel de gènes**

<input type="checkbox"/> DNaseq Panel 96 gènes (panel expert)	<input type="checkbox"/> DNaseq POLE et TP53	<input type="checkbox"/> DNaseq BRCA1/2 et TP53	<input type="checkbox"/> Signature HRD
<input type="checkbox"/> DNaseq Panel HP2 (32 gènes)	<input type="checkbox"/> DNaseq Panel HP3 (42 gènes)	<input type="checkbox"/> RNAseq / Fusion (286 gènes et partenaires inconnus)	

**Autres analyses (Hors Panel de gènes complet)**

<input type="checkbox"/> EGFR	<input type="checkbox"/> KRAS	<input type="checkbox"/> NRAS	<input type="checkbox"/> BRAF
<input type="checkbox"/> ROS1 (IHC et FISH)	<input type="checkbox"/> MET (FISH-amplification)	<input type="checkbox"/> ALK (IHC et FISH)	<input type="checkbox"/> KIT et PDGFRA (GIST)
<input type="checkbox"/> Test d'instabilité des microsatellites	<input type="checkbox"/> Méthylation de MLH1	<input type="checkbox"/> FOXL2	<input type="checkbox"/> Autres (préciser) : .....
<input type="checkbox"/> Extraction d'ADN			

**RENSEIGNEMENTS CLINICO-BIOLOGIQUES COMPLÉMENTAIRES**

- Organe :
- Primitif ou métastase :
- Nom du pathologiste de l'IPC :
- Histologie :
- % de cellules Tumorales :

*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.*

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE IPC				
Date de réception :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	Oui	Non
		Motif : .....		

**Oncogénétique moléculaire**

**Pr H. Sobol**

- Dr M. Adi Wijayanto
- Dr A.S Alary
- V. Bourdon
- Dr A. Hadjadj Aoul
- T. Noguchi
- Dr C. Popovici
- Dr A. Remenieras

**Biopathologie**

**Pr Luc Xerri**

- Dr A. Boucraut
- Dr T. Candau
- Pr E. Charafe
- Dr E. Durieux
- Dr M. Heinisch
- Dr L. Mescam-Mancini
- Dr F. Pesce
- Dr F. Poizat
- Dr A. Postolache

Département de Biologie du Cancer : Pr Hagay Sobol

**PRESCRIPTION D'EXAMEN DE GÉNÉTIQUE SOMATIQUE/THÉRANOSTIQUE**

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16 1379-V11  
 SECRETARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 57 / Fax : 04 91 22 35 44  
 SECRETARIAT ONCOGÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE : 04 91 22 35 27 / Fax : 04 91 22 35 77

**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 :**

<b>Date de réception :</b>	<b>Heure de réception et nom :</b>	<b>Conformité de la demande :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
		Motif : .....		