

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

Département de Biologie du Cancer : Pr Hagay Sobol

PRESCRIPTION D'EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES DES PERSONNES

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

1488 - V9

SECRETARIAT ONCOGÉNÉTIQUE MOLECULAIRE : 04 91 22 35 27 ou 04 91 22 37 42 / Fax : 04 91 22 35 77

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 et/ou ovaire Lynch et/ou Polypose et/ou Digestifs Hémopathies malignes Neurofibromatose
 Autres :

CONTEXTE

Prédisposition Théranostique Mixte

<input type="checkbox"/> Analyse panel (variants ponctuels et RGT)	Code acte
<input type="checkbox"/> Sein/ovaire : BRCA1, BRCA2, CDH1, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, TP53	(1xN351)
<input type="checkbox"/> Tube digestif : APC, BMPR1A, CDH1, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, PMS2, POLD1, POLE, PTEN, SMAD4, STK11	(1xN351)
<input type="checkbox"/> Pancréas familial : APC, ATM, BRCA1, BRCA2, CDKN2A, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, STK11, TP53	(2xN351)
<input type="checkbox"/> Sein/ovaire et pancréas : APC, ATM, BRCA1, BRCA2, CDH1, CDKN2A, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53	(2xN351)
<input type="checkbox"/> Tube digestif et pancréas : APC, ATM, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, CDH1, CDKN2A, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, PALB2, PMS2, POLD1, POLE, PTEN, SMAD4, STK11, TP53	(2xN351)
<input type="checkbox"/> Cancers multiples et pancréas : APC, ATM, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, CDH1, CDKN2A, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, PALB2, PMS2, POLD1, POLE, PTEN, RAD51C, RAD51D, SMAD4, STK11, TP53	(2xN351)
<input type="checkbox"/> Neurofibromatoses : LZTR1, NF2, SMARCB1	(1xN350)
<input type="checkbox"/> Hémopathies malignes : ANKRD26, ATM, CBL, CEBPa, CSF3R, DDX41, ETV6, GATA2, JAK2, KRAS, MPL, NF1, PAX5, PTPN11, RUNX1, SH2B3, TP53	(1xN351)
<input type="checkbox"/> Ataxie : ATM, MRE11, NBN, RAD50	(1xN351)
<input type="checkbox"/> Ré-analyse bio-informatique [nommer le(s) gène(s)] :	
<input type="checkbox"/> Génotypage (Etude de marqueurs microsatellites) - [contrôle qualité, identitovigilance]	
<input type="checkbox"/> Analyse sur ARN	(1xN315)
<input type="checkbox"/> DPN (Analyses sur villosités chorionales triées et contrôles)	(B700+2xB500)
<input type="checkbox"/> Analyse ciblée : variant ponctuel ou RGT (joindre le CR avec le résultat). Gène et variant demandés :	(1xN353)

- Procédure : Standard - Date souhaitée : / / Urgente - Date souhaitée : / /

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

- Type de prélèvement : Sang : Bloc N° : Autres :

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

Date prescription : Nom, Prénom, RPPS et Signature du Médecin prescripteur :

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE PRÉLEVEUR

PRÉLEVEUR :

Nom et prénom et RPPS : Date du prélèvement :

Cachet de la structure
.....

Les modalités de prélèvements (nombre de tubes, type de support de prélèvement, ...), les délais de résultats, les grilles tarifaires des analyses 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

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

1488 - V9

SECRETARIAT ONCOGENETIQUE MOLECULAIRE : 04 91 22 35 27 ou 04 91 22 37 42 / Fax : 04 91 22 35 77

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 :		