

**Oncogénétique moléculaire****Pr H. Sobol**Dr A.S Alary  
V. Bourdon  
T. Noguchi  
Dr C. Popovici  
Dr A. Remenieras

INSTITUT PAOLI-CALMETTES

un|cancer Marseille

Département de Biologie du Cancer : Pr Hagay Sobol

**Ne pas remplir**

(Réservé au laboratoire)

Numéro  
d'enregistrement**PRESCRIPTION D'EXAMEN DE GÉNÉTIQUE SOMATIQUE/THÉRANOSTIQUE**

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

1379-V8

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

**Biopathologie****Pr Luc Xerri****Anatomie et cytologie pathologiques**Dr A. Boucraut  
Pr E. Charafe  
Dr E. Durieux  
Dr M. Heinish  
Dr L. Mescam-Mancini  
Dr M. Paciencia-Gros  
Dr F. Pesce  
Dr F. Poizat**Renseignements Patient**

(Étiquette à coller ici)

Nom de naissance :  
Nom usuel :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Sexe :  
IPP :**Établissement - Service ou UF demandeurs :**

(si établissement hors IPC - Coordonnées de l'hôpital et du service)

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**

- Tissu fixé : n° .....
- ADNg extrait de : .....
- Fixateur : .....
- Tissu/biopsie congelé(e) : n° .....
- Sang sur EDTA
- ADN circulant sang (EGFR pour cancer du poumon)
- 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**

Pathologie	Analyses	Panel de gènes (96 gènes analysés)	Autres analyses
Cancer du poumon		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGFR <input type="checkbox"/> KRAS <input type="checkbox"/> BRAF <input type="checkbox"/> MET (mutations) <input type="checkbox"/> ALK (IHC et ISH) <input type="checkbox"/> ROS1 (IHC et FISH) <input type="checkbox"/> MET (FISH-amplification)
Cancers gynécologiques (sein, ovaire, ...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HRD (ovaire) <input type="checkbox"/> Test d'instabilité des microsatellites <input type="checkbox"/> Méthylation de MLH1
Cancer de l'endomètre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> POLE et TP53 pour les grades I et II <input type="checkbox"/> Test d'instabilité des microsatellites <input type="checkbox"/> Méthylation de MLH1
Cancers du tube digestif		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> KRAS et NRAS <input type="checkbox"/> BRAF <input type="checkbox"/> KIT et PDGFRA (GIST) <input type="checkbox"/> Test d'instabilité des microsatellites <input type="checkbox"/> Méthylation de MLH1
Cancers des glandes annexes digestives		<input type="checkbox"/>	
Cholangiocarcinome (Panel + IDH1/2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IDH1 <input type="checkbox"/> IDH2
Cancers urologiques		<input type="checkbox"/>	
Mélanome		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BRAF et NRAS
Sarcomes		<input type="checkbox"/>	
Autres cancers : .....		<input type="checkbox"/>	
Tumeur de la granulosa			<input type="checkbox"/> FOXL2

- Autres (préciser) : .....
- 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 : .....		

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

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

1379-V8

SECRETARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 47 / Fax : 04 91 22 35 44

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

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

**Biopathologie**

**Pr Luc Xerri**

Dr A. Boucraut  
Pr E. Charafe  
Dr E. Durieux  
Dr M. Heinisch  
Dr L. Mescam-Mancini  
Dr M. Paciencia-Gros  
Dr F. Pesce  
Dr F. Poizat

**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 : .....		