

Oncogénétique moléculaire

Pr H. Sobol

Dr A.S Alary
V. Bourdon
T. Noguchi
Dr C. Popovici
Dr A. Remenieras

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. Pacienza-Gros
Dr F.Pesce
Dr F. Poizat

INSTITUT PAOLI-CALMETTES

unicancer Marseille

Département de Biologie du Cancer : Pr Hagay Sobol

PRESCRIPTION D'EXAMEN DE GÉNÉTIQUE SOMATIQUE/THÉRANOSTIQUE

1379-V8

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

Ne pas remplir
(Réserve au laboratoire)

Numéro
d'enregistrement

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 :	Date de la demande :
Heure de prélèvement :	
Préleveur :	Médecin prescripteur (si différent du préleveur) : (Nom et signature obligatoires)

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

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://ipcn-extranet.ipc.unicancer.fr/medecin/Pagesdbc.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
			<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :
			<input type="checkbox"/> Extraction d'ADN

RENSEIGNEMENTS CLINICO-BILOGIQUES 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

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

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 :				