

**PRESCRIPTION D'EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES DES PERSONNES**

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

1488 - V7

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**

Prédilection  Théranostique  Mixte

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

- Procédure :  Standard (Délai : cf. manuel de prélèvement)  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<sup>er</sup> prélèvement)  Confirmation (2<sup>ème</sup> prélèvement indépendant)

Date prescription : ..... Nom et Signature du Médecin prescripteur : .....

**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**

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16 1488 - V7  
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 : .....		