Oncogénétique moléculaire

Pr H. Sobol

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

INSTITUT PAOLI-CALMETTES
unicancer Marseille

Département de Biologie du Cancer : Pr Hagay Sobol

PRESCRIPTION D'EXAMEN DE GÉNÉTIQUE SOMATIQUE/THÉRANOSTIQUE

1379-V9

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

(Réservé au laboratoire)

Numéro d'enregistrement

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

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 **LIGNE DE TRAITEMENT 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐**

Pathologie / **Analyses**	DNASeq (96 gènes)	RNASeq / Fusion (286 gènes et partenaires inconnus)	**Autres analyses** (Hors Panel de gènes complet)
Cancer du poumon	☐	☐	☐ *EGFR* ☐ *KRAS* ☐ *BRAF* ☐ *MET* (mutations) ☐ *ALK* (IHC et ISH) ☐ *ROS1* (IHC et FISH) ☐ *MET* (FISH-amplification)
Cancers gynécologiques (sein, ovaire, …)	☐	☐	☐ *HRD* (ovaire) ☐ Test d'instabilité des microsatellites ☐ Méthylation de *MLH1*
Cancer de l'endomètre	☐	☐	☐ *POLE* et *TP53* pour les stades I et II ☐ Test d'instabilité des microsatellites ☐ Méthylation de *MLH1*
Cancers du tube digestif	☐	☐	☐ *KRAS* et *NRAS* ☐ *BRAF* ☐ *KIT* et *PDGFRA* (GIST) ☐ Test d'instabilité des microsatellites ☐ Méthylation de *MLH1*
Cancers des glandes annexes digestives	☐	☐	
Cholangiocarcinome	☐	☐	
Cancers urologiques	☐	☐	
Mélanome	☐	☐	☐ *BRAF* et *NRAS*
Sarcomes	☐	☐	
Autres cancers :	☐	☐	
Tumeur de la granulosa			☐ *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 :		

Oncogénétique moléculaire

Pr H. Sobol

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

INSTITUT PAOLI-CALMETTES
unicancer Marseille

Département de Biologie du Cancer : Pr Hagay Sobol

PRESCRIPTION D'EXAMEN DE GÉNÉTIQUE SOMATIQUE/THÉRANOSTIQUE

1379-V9

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

(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 :		