



Département d'Anticipation
et de Suivi du Cancer

Chef de Département
Dr C. Noguès
E.mail : noguesc@ipc.unicancer.fr

Consultation d'oncologie génétique

Secrétariat
Tél. : 04 91 22 38 36
Fax : 04 91 22 38 57
E.mail : oncogenetique-dasc@ipc.unicancer.fr

Praticiens spécialistes

Dr J. Moretta-Serra
E.mail : morettaj@ipc.unicancer.fr

Pr P. Niccoli
E.mail : niccolip@ipc.unicancer.fr

Dr C. Noguès
E.mail : noguesc@ipc.unicancer.fr

Dr C. Popovici
E.mail : popovicic@ipc.unicancer.fr

Assistant spécialiste

Dr J. Robbe
E.mail : robbej@ipc.unicancer.fr

Conseiller en génétique

E.mail : conseilergenetique.dasc@ipc.unicancer.fr

M. G. Bertolone
Tél. : 04 91 22 32 15
E.mail : bertoloneg@ipc.unicancer.fr

Mme D. Livon
Tél. : 04 91 22 36 17
E.mail : livond@ipc.unicancer.fr

M. R. Mounier
Tél. : 04 91 22 37 39
E.mail : mounierr@ipc.unicancer.fr

Coordnatrice

Mme L. Rabayrol
E.mail : rabayroll@ipc.unicancer.fr

Consultation anti-tabac

Dr M. Manolis-Vittot
Tél. : 04 91 22 38 81
E.mail : vittotm@ipc.unicancer.fr

Consultation de psychologie

Secrétariat
Tél. : 04 91 22 33 97
Dr W. Rhondoli
Psychiatre
E.mail : rhondoliw@ipc.unicancer.fr
Mme N. Prodromou-Rouyer
Psychologue
E.mail : prodromoun@ipc.unicancer.fr

Prise de RDV de consultation

Tél. : 04 91 22 30 30

N° FINESS 130784127

QUESTIONNAIRE ONCOGÉNÉTIQUE

A COMPLETER DES A PRESENT ET A RETOURNER AVANT LA CONSULTATION

Lieu : _____ Date : _____ Docteur : _____

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire a pour but d'anticiper au mieux votre consultation d'oncogénétique et d'évaluer chez vous ou dans votre famille une éventuelle prédisposition héréditaire aux cancers.

CONSIGNES DE REMPLISSAGE DE CE QUESTIONNAIRE : Nous vous remercions par avance de :

- Renseigner les informations demandées sur tous les membres de votre famille, **qu'ils aient eu un cancer ou non**, aussi bien du côté **maternel** que **paternel**.
- Nous renvoyer le questionnaire, **le plus tôt possible, avant votre consultation, avec une copie de votre pièce d'identité**, avec l'ensemble des documents demandés.
- Il s'agit parfois **d'informations difficiles à obtenir**. Dans ce cas, merci de le compléter avec les informations que vous pouvez et nous le renvoyer, **même s'il n'est pas complet**.

ENVOI DU QUESTIONNAIRE :

- Par courrier à l'adresse suivante :

Institut Paoli-Calmettes
Département d'Anticipation et de Suivi du Cancer
Oncogénétique Clinique
232 Boulevard Sainte Marguerite
BP 156 – 13273 Marseille Cedex 9

- Par mail à l'adresse suivante : conseillergenetique.dasc@ipc.unicancer.fr.

Cependant, nous attirons votre attention sur le fait que les données informatiques qui circulent par mail ne sont pas considérées comme sécurisées (il peut exister un risque d'accès par des tiers non identifiés aux informations contenues dans le document). Nous vous demandons alors de **recopier dans votre mail** le texte suivant :

- *J'ai compris que ce document facilite la préparation ma consultation et qu'il n'est néanmoins pas obligatoire.*
- *En renvoyant ce document par email, j'ai compris qu'il peut exister un risque de cyberattaque de ma boîte email ou du transfert de l'email qui contient des informations personnelles et de santé me concernant, ainsi que les autres personnes de ma famille. Si je souhaite plus d'informations, je peux être orienté vers le délégué à la protection des données ou je peux poser librement mes questions à l'adresse suivante : mesdonneespersonnelles@ipc.unicancer.fr.*
- *J'ai compris l'utilité d'informer de cette démarche les personnes de ma famille.*
- *Ce document et l'email seront conservés dans un dossier dédié.*
- *En renvoyant le document par email, je reconnais avoir reçu les informations concernant les risques décrits ci-dessus et je les accepte.*

Cordialement.

Le Secrétariat d'Oncogénétique

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Numéro de dossier IPC, le cas échéant :

Nom usuel : Nom de naissance :

Prénoms : Date de naissance :/...../.....



Adresse :

.....



Téléphone :



E-mail :

Vous avez été adressé à la consultation d'oncogénétique par :

- Un médecin : Docteur

Adresse :

.....

Spécialité :

- Autre (ex : membre de votre famille, vous-même, ...) :
-
-

Quelles sont vos attentes concernant cette consultation de génétique ?

Dans le souci de répondre au mieux à vos attentes, nous vous invitons à formuler les interrogations qui motivent cette consultation de génétique.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Etes-vous ou avez-vous déjà été pris en charge pour un cancer (renseigner une ligne par cancer) ?

OUI

NON

Localisation du cancer (organe atteint) ou localisation des polypes/kystes	Date de diagnostic	Médecins vous ayant pris en charge	Lieux de prise en charge	Traitements

Si vous n'avez pas été pris en charge à l'Institut Paoli-Calmettes, merci de joindre à ce document les comptes rendus opératoires et anatomopathologiques correspondants.

Avez-vous eu d'autres problèmes médicaux ? :

.....

.....

Est-ce que vous-même ou l'un des membres de votre famille a déjà bénéficié d'une consultation d'onco-génétique (recherche de prédisposition héréditaire) ?

OUI

NON

Si oui, merci de nous préciser s'il s'agit de **vous** ou d'un **apparenté** ainsi que les informations suivantes:

- Le nom / nom de naissance et prénom de votre apparenté :
- Sa date de naissance
- Le lien de parenté
- Le nom du centre où a eu lieu la consultation et du médecin rencontré :

Dans la mesure du possible, merci de nous transmettre une copie des éléments des dossiers médicaux de vos apparentés pris en charge pour une pathologie tumorale, en particulier les comptes rendus opératoires et anatomopathologiques.

Si une analyse génétique a été réalisée, merci de joindre une copie de ce résultat.
Sinon, afin de pouvoir contacter l'équipe rencontrée, nous aurions besoin de l'autorisation écrite de cette personne accompagnée de la copie de sa carte d'identité pour accéder à son dossier génétique. (Cf. page suivante)

Autorisation d'accès au dossier médical

Me concernant

Je soussigné(e) :

Nom usuel :

Prénoms :

Nom de jeune fille :

Né(e) le :

Merci de joindre une copie de votre pièce d'identité

Autorise le service d'oncogénétique de l'Institut Paoli-Calmettes à demander une copie de mon dossier médical.

Auprès du Dr.....

Nom du ou des établissements et adresse :
.....
.....
.....
.....
.....

Années de prise en charge :
.....

Fait à, le :

Signature :

Concernant mon apparenté(e)

Concernant mon apparenté(e) **décédé(e)**

Merci de joindre une copie de votre pièce d'identité. Ce document doit être complété par l'apparenté(e) concerné(e) ou l'ayant droit de mon apparenté(e) décédé(e), merci de joindre à cette demande une copie de la pièce d'identité, une copie du livret de famille et/ou un certificat de décès de l'apparenté(e) concerné(e).

Je soussigné(e) :

Nom usuel :

Prénoms :

Nom de jeune fille :

Né(e) le :

Autorise le service d'oncogénétique de l'Institut Paoli-Calmettes à demander une copie de mon dossier médical ou de celui mon apparenté(e) décédé(e) :

Nom, Prénom :

Né(e) le :

Lien de parenté :

Si décédé(e) le :

Auprès du Dr.....

Nom du ou des établissements et adresse :
.....
.....
.....
.....
.....

Années de prise en charge :
.....

Fait à, le :

Signature :

HISTOIRE FAMILIALE

Merci de bien vouloir remplir vos **DEUX BRANCHES PARENTALES**, même si l'une d'elle ne semble pas concernée par des pathologies tumorales.

- **Vos enfants, voire petits-enfants** : (Si vous avez plus de quatre enfants, merci de rapporter sur papier libre le reste de la fratrie).

Nom, Prénom (Précisez le nom de jeune fille et d'épouse)		Sexe (H/F)	Date de naissance (ou âge)	Si décédé, date de décès (ou âge) :	Si atteinte tumorale, précisez l'organe	Année de prise en charge (ou âge au diagnostic)	Lieu de prise en charge
1. Enfant :							
Petits Enfants	- - - -						
2. Enfant :							
Petits Enfants	- - - -						
3. Enfant :							
Petits Enfants	- - - -						
4. Enfant :							
Petits Enfants	- - - -						

Merci de bien vouloir indiquer, ci-après, **TOUS** vos apparentés qu'ils **aient ou non été pris en charge pour une pathologie tumorale**

- Tous vos frères et sœurs et tous leurs enfants (neveux /nièces)

Merci de bien vouloir préciser en remarque si votre fratrie est composée de demi-frères ou demi-sœurs et quel est le parent en commun.
Si vous avez plus de cinq frères et sœurs, merci de rapporter sur papier libre le reste de votre fratrie.

Nom, Prénom (Précisez le nom de jeune fille et d'épouse)		Sexe (H/F)	Date de naissance (ou âge)	Si décédé, date de décès (ou âge)	Si atteinte tumorale, précisez l'organe	Année de prise en charge (ou âge au diagnostic)	Lieu de prise en charge
1.							
Neveux / nièces	- - - -						
2.							
Neveux / nièces	- - - -						
3.							
Neveux / nièces	- - - -						

• **Votre branche PATERNELLE**

Père

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... ou âge : Si décédé, date de décès :/...../..... ou âge :

A-t-il été pris en charge pour un cancer : OUI NON

Si oui, merci d'indiquer :

L'organe atteint :

L'âge au diagnostic :

L'année de prise en charge :

Le lieu de prise en charge :

.....

Grand-Père

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Si décédé, date de décès :/...../.....

A-t-il été pris en charge pour un cancer : OUI NON

Si oui, merci d'indiquer :

La localisation tumorale :

L'âge au diagnostic :

L'année de prise en charge :

Le lieu de prise en charge :

Grand-Mère

Nom usuel **et** de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Si décédée, date de décès :/...../.....

A-t-elle été prise en charge pour un cancer : OUI NON

Si oui, merci d'indiquer :

La localisation tumorale :

L'âge au diagnostic :

L'année de prise en charge :

Le lieu de prise en charge :

Merci de bien vouloir indiquer, ci-après, **TOUS** vos apparentés qu'ils **aient ou non été pris en charge pour une pathologie tumorale**

- **Famille PATERNELLE : Tous les frères et sœurs de votre père et tous leurs enfants**

Merci de bien vouloir préciser en remarque si la fratrie est composée de demi-frères ou demi-sœurs et quel est le parent en commun.
Si vous avez plus de cinq oncles et tantes, merci de rapporter sur papier libre le reste de votre fratrie.

Nom, Prénom (Précisez le nom de jeune fille et d'épouse)		Sexe (H/F)	Date de naissance (ou âge)	Si décédé, date de décès (ou âge)	Si atteinte tumorale, précisez l'organe	Année de prise en charge (ou âge au diagnostic)	Lieu de prise en charge
1.							
Cousins / cousines	1.1- 1.2- 1.3- 1.4-						
2.							
Cousins / cousines	2.1- 2.2- 2.3- 2.4-						
3.							
Cousins / cousines	3.1- 3.2- 3.3- 3.4-						

• **Votre branche MATERNELLE**

Mère

Nom usuel : Nom de jeune fille : Prénom :

Date de naissance :/...../..... ou âge : Si décédé, date de décès :/...../..... ou âge :

A-t-elle été prise en charge pour un cancer : OUI NON

Si oui, merci d'indiquer :

L'organe atteint :

L'âge au diagnostic :

L'année de prise en charge :

Le lieu de prise en charge :

.....

Grand-Père

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Si décédé, date de décès :/...../.....

A-t-il été pris en charge pour un cancer : OUI NON

Si oui, merci d'indiquer :

La localisation tumorale :

L'âge au diagnostic :

L'année de prise en charge :

Le lieu de prise en charge :

Grand-Mère

Nom usuel **et** de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Si décédée, date de décès :/...../.....

A-t-elle été prise en charge pour un cancer : OUI NON

Si oui, merci d'indiquer :

La localisation tumorale :

L'âge au diagnostic :

L'année de prise en charge :

Le lieu de prise en charge :

Merci de bien vouloir indiquer, ci-après, **TOUS** vos apparentés qu'ils **aient ou non été pris en charge pour une pathologie tumorale**

- **Famille MATERNELLE : Tous les frères et sœurs de votre mère et tous leurs enfants**

Merci de bien vouloir préciser en remarque si la fratrie est composée de demi-frères ou demi-sœurs et quel est le parent en commun.
Si vous avez plus de cinq oncles et tantes, merci de rapporter sur papier libre le reste de votre fratrie.

Nom, Prénom (Précisez le nom de jeune fille et d'épouse)		Sexe (H/F)	Date de naissance (ou âge)	Si décédé, date de décès (ou âge)	Si atteinte tumorale, précisez l'organe	Année de prise en charge (ou âge au diagnostic)	Lieu de prise en charge
1.							
Cousins / cousines	1.1- 1.2- 1.3- 1.4-						
2.							
Cousins / cousines	2.1- 2.2- 2.3- 2.4-						
3.							
Cousins / cousines	3.1- 3.2- 3.3- 3.4-						

Afin de faciliter le recueil des informations vous concernant, vos remarques et suggestions sur ce questionnaire sont les bienvenues :

.....

Ce questionnaire est à nous retourner, **le plus tôt possible**, accompagné des différents éléments à votre disposition (lettre de votre médecin, comptes rendus opératoires et anatomopathologique, dossier de vos apparentés, autorisation d'accès au dossier...) dans une enveloppe affranchie par vos soins à l'adresse suivante :

Institut Paoli-Calmettes
Département d'Anticipation et de Suivi du Cancer
Oncogénétique Clinique
232 Boulevard Sainte Marguerite
BP 156 – 13273 Marseille Cedex 9

Vous pouvez également nous les faire parvenir par mail à l'adresse suivante : conseillergenétique.dasc@ipc.unicancer.fr.

Cependant, nous attirons votre attention sur le fait que les données informatiques qui circulent par mail ne sont pas considérées comme sécurisées (il peut exister un risque d'accès par des tiers non identifiés aux informations contenues dans le document). Nous vous demandons alors de **recopier dans votre mail** le texte suivant :

- *J'ai compris que ce document facilite la préparation ma consultation et qu'il n'est néanmoins pas obligatoire.*
- *En renvoyant ce document par email, j'ai compris qu'il peut exister un risque de cyberattaque de ma boîte email ou du transfert de l'email qui contient des informations personnelles et de santé me concernant, ainsi que les autres personnes de ma famille. Si je souhaite plus d'informations, je peux être orienté vers le délégué à la protection des données ou je peux poser librement mes questions à l'adresse suivante : mesdonneespersonnelles@ipc.unicancer.fr.*
- *J'ai compris l'utilité d'informer de cette démarche les personnes de ma famille.*
- *Ce document et l'email seront conservés dans un dossier dédié.*
- *En renvoyant le document par email, je reconnais avoir reçu les informations concernant les risques décrits ci-dessus et je les accepte.*

(Les données recueillies resteront au sein du service DASC et ne seront pas communiqués à un tiers sans votre accord)