

Oncogénétique moléculaire

Pr H. Sobol

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

INSTITUT PAOLI-CALMETTES
unicancer Marseille

Département de Biologie du Cancer : Pr Hagay Sobol

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

PRESCRIPTION D'EXAMEN DE GÉNÉTIQUE SOMATIQUE/THÉLANOSTIQUE

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16
SECRÉTARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 57 / Fax : 04 91 22 35 44
SECRÉTARIAT ONCOGÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE : 04 91 22 35 27 / Fax : 04 91 22 35 77

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
Dr A. Postolache

<p align="center">Renseignements Patient (Étiquette à coller ici)</p> <p>Nom de naissance : Nom usuel : Prénom : Date de naissance : Sexe : IPP :</p>	<p align="center">Établissement - Service ou UF demandeurs : (si établissement hors IPC - Coordonnées de l'hôpital et du service)</p>
--	--

<p>Date de prélèvement : Heure de prélèvement : Préleveur : (Nom et Signature obligatoires)</p>	<p>Date de la demande : Médecin prescripteur (si différent du préleveur) : (Nom et signature obligatoires)</p>
---	---

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://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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> POLE et TP53 pour les stades 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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cholangiocarcinome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancers urologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mélanome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BRAF et NRAS
Sarcomes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres cancers :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumeur de la granulosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FOXL2

Autres (préciser) :

Extraction d'ADN

RENSEIGNEMENTS CLINICO-BIOLOGIQUES COMPLÉMENTAIRES

<ul style="list-style-type: none"> • Organe : • Primitif ou métastase : • Nom du pathologiste de l'IPC : 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
SECRÉTARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 57 / Fax : 04 91 22 35 44
SECRÉTARIAT ONCOGÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE : 04 91 22 35 27 / Fax : 04 91 22 35 77

1379-V10

Ne pas remplir
(Réservé au laboratoire)

Numéro
d'enregistrement

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
Dr A. Postolache

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 :		