

Oncogénétique moléculaire**Pr H. Sobol**

Dr M. Adi Wijayanto
 Dr A.S Alary
 V. Bourdon
 Dr A. Hadjadj Aoul
 T. Noguchi
 Dr N. Pons
 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/THÉRANOSTIQUE

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

1379-V12

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
 Dr A.M. Catana
 Pr E. Charafe
 Dr E. Durieux
 Dr M. Heinish
 Dr L. Mescam-Mancini
 Dr F. Pesce
 Dr F. Poizat

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 :

Heure de prélèvement :

Préleveur :

(Nom, Prénom, RPPS et Signature obligatoires)

Date de la demande :

Médecin prescripteur (si différent du préleveur) :

(Nom, Prénom, RPPS et Signature obligatoires)

TYPE DE PRÉLÈVEMENT

- Tissu fixé : n° Sang sur EDTA
 ADNg extrait de : ADN circulant sang
 Fixateur : Autre (préciser) :
 Tissu/biopsie congelé(e) : n°

Nombre : Tubes : Blocs : Lames : Autres :

Les modalités de prélèvements (nombre de tubes, type de support de prélèvement, ...), les grilles tarifaires des analyses, la composition des panels 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>

Pathologie

- Cancer du poumon Sarcomes Cancers urologiques
 Cancers gynécologiques (sein, ovaire, ...) Cancer de l'endomètre Mélanome
 Cancers du tube digestif Cholangiocarcinome Cancers des glandes annexes digestives
 Tumeur de la granulosa Autres cancers :

LIGNE DE TRAITEMENT Au diagnostic 1 2 3 > à 3

ANALYSE DEMANDÉE**Panel de gènes**

- DNaseq Panel Expert DNaseq BRCA1/2 et TP53 Signature HRD
 DNaseq Panel Biopsie Liquide RNAseq / Fusion (avec détection des partenaires inconnus)

Autres analyses (Hors Panel de gènes complet)

- EGFR / KRAS / BRAF
 ROS1 (IHC et FISH) MET (FISH-amplification) ALK (IHC et FISH) KIT et PDGFRA (GIST)
 Test d'instabilité des microsatellites Méthylation de MLH1 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 :

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-V12

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 :		