

Recherche d'altérations génomiques dans l'ADN circulant

Identification PATIENT (ou étiquette)	
Nom:	
Nom de jeune fille :	
Prénom :	
Date de naissance :/...../.....	Sexe : F - M
Adresse :	
Code Postal : Ville :	

Identification MEDECIN PRESCRIPTEUR (ou tampon)	
Nom/ Prénom:	
Coordonnées :	
Tel :	
Fax :	
Signature :	

Analyse demandée :

- Recherche de mutations du gène *EGFR*
 Recherche de la T790M
 Recherche de la T790M + C797S
 Autre (merci de nous contacter) :

Date de prescription :/...../.....

Renseignements cliniques :
.....
.....

Motif de la prescription :

- Biopsie impossible à réaliser
 Biologie moléculaire non contributive ou non réalisable
 Matériel tumoral épuisé

Stade avancé ou métastatique : Oui Non Non connu

Des mutations sont –elles déjà connues pour ce patient ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

- EGFR (merci de préciser) :
 KRAS (merci de préciser) :
 ALK (merci de préciser) :
 Autre :

Le patient est il sous traitement ? Oui Non

Si oui, merci de préciser :

Le patient a-t-il déjà reçu un traitement ? Oui Non

Si oui, merci de préciser :

Nombre de sites métastatiques :

Merci de préciser :

Prélèvement réalisé :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Avant traitement | <input type="checkbox"/> Diagnostic |
| <input type="checkbox"/> En début de traitement | <input type="checkbox"/> Suspicion de rechute |
| <input type="checkbox"/> En cours de traitement | <input type="checkbox"/> Rechute |
| <input type="checkbox"/> Fin de traitement | <input type="checkbox"/> Progression |
| | <input type="checkbox"/> Progression lente |