

## DEMANDE DE DIAGNOSTIC MOLECULAIRE

**!! A JOINDRE AVEC LE PRELEVEMENT : Renseignements cliniques, arbre généalogique et consentement !!**

**Cadre réservé au laboratoire de génétique :**

**PATIENT :** (Toutes ces mentions sont obligatoires)

Nom marital : .....

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

Nom de naissance : .....

Sexe :  Homme  Femme

Prénom : .....

N° de Famille/Ind (si connus) : .....

**PRESCRIPTEUR :**

Je soussigné, Dr / CG .....

N° de bon de demande (pour facturation) :

certifie que, conformément au Code Civil (Art. 16-10) et au Code de la Santé Publique (Art. L1131-1), je suis en possession du consentement éclairé signé par le sujet dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne.

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

Signature :

**ANALYSE(S) MOLECULAIRE(S) DEMANDEE(S) :**

**Pour toute demande d'analyse accélérée, merci de mentionner clairement par courrier ou mail le motif et le délai souhaité.**

• **Dépistage génétique d'une prédisposition au :**

Cancer familial du sein et de l'ovaire : Panel GGC \*

Commentaire éventuel : .....

Analyse accélérée : Motif : .....

Délai : .....

Tumospéc  Autre (essai clinique, test fonctionnel...) : .....

\*cf. Note d'information sur le panel sein / ovaire

Syndrome de Lynch (HNPCC)

Gènes : *MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, POLE, POLD1*\*\*

Cancer gastrique familial

Gène : *CDH1*

Syndrome "Lynch-Like"

Gènes : *MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, POLE, POLD1* + gènes complémentaires (*CDH1, APC, MUTYH, BMPR1A, SMAD4, PTEN, STK1*)\*\*

\*\*cf. Note d'information sur le panel digestif

• **Faire pratiquer au laboratoire d'analyses ou à domicile un prélèvement de :** (Il n'est pas nécessaire d'être à jeun)

**Test Initial / Cas Index**

**Test Prédictif / Apparenté**

1<sup>er</sup> prélèvement

2<sup>ème</sup> prélèvement (stockage)

1<sup>er</sup> prélèvement

2<sup>ème</sup> prélèvement

Confirmation de mutation

10 ml de sang total au minimum sur tubes EDTA ou héparinés

Prélèvement buccal sur papier FTA Elute® (2<sup>ème</sup> prélèvement seulement, hors recherche grand réarrangement)

ADN

Autre : .....

**Analyse de transcrits**

Prélèvement sur 2 tubes PaxGene® + 15 ml de sang total au minimum sur tubes EDTA ou héparinés

• **Mutation à confirmer chez un cas index ou à rechercher chez un apparenté**

Ref. Famille : ..... Gène : ..... Mutation : .....

Merci de joindre une copie du résultat du cas index ou d'un apparenté muté si la mutation a été identifiée dans un autre laboratoire.

**PRELEVEUR :**

Nom/Prénom : .....

Date de prélèvement : .... / .... / .....

Qualité : .....

Heure de prélèvement : .... : ....

L'acte de prélèvement est pris en charge par la Sécurité Sociale / Les analyses génétiques ne sont pas facturées.

**CONDITIONS DE CONSERVATION ET D'ENVOI :**

- A température ambiante dans un emballage adapté

- Par envoi rapide (Il est important que le prélèvement arrive au laboratoire au plus tard **le vendredi, avant 15h**)

Pour tout renseignement complémentaire, se référer au Manuel de Prélèvement du Laboratoire ou s'adresser au Laboratoire de Génétique.