

## Prescription d'analyse de biomarqueurs- Bon de commande

### Partie à remplir par le médecin prescripteur et à transmettre au pathologiste

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 : .....
Autres correspondants à informer du résultat
Nom/ Prénom : .....
Coordonnées : .....
.....
Tel/ Fax : .....

#### Analyse demandée :

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Biomarqueurs colorectaux <sup>1</sup>     | <input type="checkbox"/> CTNNB1 <sup>2</sup>      | <input type="checkbox"/> MSI tumeur d'origine colorectale (PCR)            |
| <input type="checkbox"/> Biomarqueurs mélanome <sup>1</sup>        | <input type="checkbox"/> FOXL2/DICER <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> Résultat IHC MMR : .....                          |
| <input type="checkbox"/> Biomarqueurs poumon <sup>1</sup>          | <input type="checkbox"/> GNA11/ GNAQ <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> MSI tumeur d'origine <b>non</b> colorectale (PCR) |
| <input type="checkbox"/> IHC déjà faites (précisez) : .....        | <input type="checkbox"/> GNAS <sup>2</sup>        | <input type="checkbox"/> Résultat IHC MMR : .....                          |
| <input type="checkbox"/> T790M <sup>1</sup>                        | <input type="checkbox"/> MYOD1 <sup>2</sup>       | <input type="checkbox"/> MLH1 +/- BRAF + MSI (si perte MLH1/PMS2 en IHC)   |
| <input type="checkbox"/> C797S <sup>1</sup>                        | <input type="checkbox"/> IDH1/2 <sup>2</sup>      | <input type="checkbox"/> RNA-SEQ ciblé (Fusions ALK/ROS/NTRK...) 1         |
| <input type="checkbox"/> Mutations de résistance ALK <sup>1</sup>  | <input type="checkbox"/> H3F3A/B <sup>2</sup>     | <input type="checkbox"/> POLE <sup>1</sup>                                 |
| <input type="checkbox"/> Mutations de résistance ROS1 <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Clonalité B              | <input type="checkbox"/> PIK3CA <sup>2</sup>                               |
| <input type="checkbox"/> Biomarqueurs GIST <sup>2</sup>            | <input type="checkbox"/> Clonalité T              | <input type="checkbox"/> TP53 <sup>1, 2 ou 3</sup>                         |
| <input type="checkbox"/> BRCA1/2 somatique <sup>3</sup>            | <input type="checkbox"/> HER2 (IHC + FISH)        | <input type="checkbox"/> Autre : .....                                     |
|  | <input type="checkbox"/> PDL1 (IHC)               |  |

Stade avancé ou métastatique :  Oui  Non  Non connu

Référence du prélèvement : n°..... Date : ...../...../.....

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

#### Renseignements cliniques (pour BRCA et/ou MSI uniquement) :

- Analyse constitutionnelle (germinale) :  En cours  En parallèle  Non demandée  Non mutée
- Consultation d'oncogénétique  Oui  Non prévue  Non

### Partie à remplir par le pathologiste et à transmettre au département de biopathologie

**Rappels : une copie du CR anapath initial est à joindre impérativement**

**Adresser impérativement 1 lame colorée représentative du bloc transmis**

Identification LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIE (ou tampon)
--

- Matériel envoyé :  Pièce opératoire  Biopsie  Cytoponction
- Organe ou région : .....
- Etat tumoral :  Tumeur primitive  Métastase
- Référence du bloc envoyé : .....
- Nombre et type de lame(s) envoyée(s) :  .....HPS  ..... IHC
- Type de fixateur utilisé :  Formol  Autre : .....
- Date d'envoi au département de Biopathologie : ...../...../.....

#### Partie réservée au département de biopathologie :

Date de réception de la demande : .....	Type histologique : .....
N° d'acte sélectionné : .....	.....
N° du bloc sélectionné : .....	ADN extrait à partir de : <input type="checkbox"/> Grattages <input type="checkbox"/> LB <input type="checkbox"/> Punch
Lames FISH coupées le : ..... Par : .....	Macrodissecté le : ..... Par : .....
Pathologiste qui a évalué le % de cellules tumorales : .....	
Estimation rapport cellules tumorales/ cellularité totale de la zone sélectionnée : .....	<input type="text" value=".....%"/>
Commentaires : .....	
Date de transmission en biologie moléculaire : .....	

## Pour une analyse de BRCA1/2 somatique :

Code acte	Libellé de l'acte	Valorisation	Liste
N005	Sélection et préparation d'un échantillon tissulaire fixé et inclus en paraffine pour analyse de génétique somatique des cancers	56,00 €	LC*
N453	Forfait séquençage haut débit (NGS) > 20 kb et < 100 kb	1 503,90 €	RIHN

## Pour une analyse MSI en biologie moléculaire :

Code acte	Libellé de l'acte	Valorisation	Liste
N005	Sélection et préparation d'un échantillon tissulaire fixé et inclus en paraffine pour analyse de génétique somatique des cancers	56,00 €	LC*
N500	Instabilité microsatellitaire	162,00 €	RIHN

## Pour une analyse MLH1 + BRAF :

Code acte	Libellé de l'acte	Valorisation	Liste
N005	Sélection et préparation d'un échantillon tissulaire fixé et inclus en paraffine pour analyse de génétique somatique des cancers	56,00 €	LC*
N500	Instabilité microsatellitaire	162,00 €	RIHN
N408	Recherche et/ou quantification au diagnostic par locus	113,40 €	RIHN

## Pour une analyse de clonalité B et T :

Code acte	Libellé de l'acte	Valorisation	Liste
N005	Sélection et préparation d'un échantillon tissulaire fixé et inclus en paraffine pour analyse de génétique somatique des cancers	56,00 €	LC*
N400	Recherche de clonalité B par locus	207,90 €	LC*
N400	Recherche de clonalité B par locus	207,90 €	LC*
N400	Recherche de clonalité B par locus	207,90 €	LC*
N400	Recherche de clonalité B par locus	207,90 €	LC*
N404	Recherche de clonalité T par locus	207,90 €	LC*
N404	Recherche de clonalité T par locus	207,90 €	LC*

## Pour une analyse de clonalité B :

Code acte	Libellé de l'acte	Valorisation	Liste
N005	Sélection et préparation d'un échantillon tissulaire fixé et inclus en paraffine pour analyse de génétique somatique des cancers	56,00 €	LC*
N400	Recherche de clonalité B par locus	207,90 €	LC*
N400	Recherche de clonalité B par locus	207,90 €	LC*
N400	Recherche de clonalité B par locus	207,90 €	LC*
N400	Recherche de clonalité B par locus	207,90 €	LC*

**Pour une analyse de clonalité T :**

Code acte	Libellé de l'acte	Valorisation	Liste
N005	Sélection et préparation d'un échantillon tissulaire fixé et inclus en paraffine pour analyse de génétique somatique des cancers	56,00 €	LC*
N404	Recherche de clonalité T par locus	207,90 €	LC*
N404	Recherche de clonalité T par locus	207,90 €	LC*

**Pour toutes les autres analyses (hors IHC) :**

Code acte	Libellé de l'acte	Valorisation	Liste
N005	Sélection et préparation d'un échantillon tissulaire fixé et inclus en paraffine pour analyse de génétique somatique des cancers	56,00 €	LC*
N452	Forfait séquençage haut débit (NGS) < 20 kb	882,90 €	RIHN

LC\* : Liste complémentaire

**Panel NGS utilisés :**

RNA SEQ ciblé<sup>1</sup>

Détection des mutations : AKT1 (3) , ALK (22, 23, 24, 25), AXL (5, 11, 15, 17), BRAF (11, 15) , CTNNB1 (3), CYSLTR2 (6\*), DDR2 (17) , EGFR (18, 19, 20, 21), ERBB2 (20), FGFR1 (2, 8, 9, 10, 17), FGFR2 (2, 5, 7, 8, 9, 10), FGFR3 (3, 5, 8, 9, 10), GNA11 (4,5), GNAS (8, 9), GNAQ (4,5), HRAS (2, 3, 4), IDH1 (4), IDH2 (4), KEAP1 (ful), KIT (11, 13, 17), KRAS (2, 3, 4), MAP2K1 (2, 3) , MET (13 à 19), NRAS (2, 3, 4), PIK3CA (9, 20), POLE (9 à 14), RAF1 (4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12) , RET (11, 13, 14, 15, 16), ROS1 (38), STK11 (full), TP53 (full)

Détection de transcrits de fusion : ALK, AXL, BRAF, CCND1, EGFR, FGFR1, FGFR2, FGFR3, MAP2K1, MET, NRG1, NTRK1, NTRK2, NTRK3, PPARG, RAF1, RET, ROS1

Expression : ALK, CCND1, EGFR, ERBB2, FGFR1, FGFR2, FGFR3, MET, NTRK1, NTRK2, NTRK3, RET, ROS1

Panel STS<sup>2</sup>

Détection des mutations : AKT1 (3), ALK (21-25), BRAF (11, 15), CDK4 (2), CDKN2A (1-3), CTNNB1 (3), DDR2 (18), DICER1 (24, 25), EGFR (18-21), ERBB2 (8, 17, 20), ERBB4 (10, 12), FGFR1 (12, 14), FGFR2 (7, 12, 14,6\*), FGFR3 (7, 9, 14, 16), FOXL2 (1), FBXW7 (7-11), GNA11 (4,5), GNAQ (4, 5), GNAS (8), H3F3A (2\*), H3F3B (2\*), HIST1H3B (1), HRAS (2-4), IDH1 (4), IDH2 (4), KIT (8-11,13, 17, 18), KRAS (2-4), MAP2K1 (2, 3), MET (2, 14-20), MYOD1 (1), NRAS (2-4), PDGFRA (12, 14, 18), PIK3CA (2, 3,6\*, 8, 10, 21), PTPN11 (3), RAC1 (3), RAF1 (7, 12, 10\*, 13\*, 14\*, 15\*), RET (11, 13, 15, 16), ROS (38\*, 41\*), SF3B1 (15-17), SMAD4 (8-12), TERT promoter\*, TP53 (full)

Exons +/-10pb, (\*) Hotspots

Détection des amplifications : ALK, BRAF, CDK4, CDKN2A, EGFR, ERBB2, FBXW7, FGFR1, FGFR2, FGFR3, HRAS, KIT (8-11,13, 17, 18), KRAS, MET, MYOD1, NRAS, PDGFRA, PIK3CA, RAF1, RET, ROS, SF3B1, TERT, TP53

Détection du statut MSI

Panel mini-HRS<sup>3</sup>

Détection des mutations : BRCA1, BRCA2, RAD51C, TP53

Exons +/-25pb

Détection des grands réarrangements : BRCA1, BRCA2

Panel GREAT V3<sup>3</sup>

Détection des mutations : ATM, BARD1, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDK12, CHEK1, CHEK2, FANCA, FANCD2, FANCL, MRE11, NBN, PALB2, PPP2R2A, RAD51B, RAD51C, RAD51D, RAD54L, TP53

Exons +/-25pb

AKT1 (3), ESR1 (5\*, 7\*, 8\*) , FGFR1 (12, 14), FGFR2 (6\*, 7, 12, 14), FGFR3 (7, 9, 14, 16), PIK3CA(10, 21)

Exons +/-10pb (\*) Hotspots

Détection des grands réarrangements : BRCA1, BRCA2

## Renseignements administratifs de demande d'analyses facturables (CCAM/RIHN ou LC\*)

### 1. IDENTIFICATION DE LA DEMANDE

Référence\* de votre commande à transmettre pour l'identification : .....

\* cette référence sera transmise sur la facture établie par le centre léon bérard et permettra au demandeur d'identifier la prestation réalisée

## Renseignements obligatoires concernant la demande d'analyse et la facturation

**A défaut l'ensemble des examens sera facturé à l'envoyeur**

### 2. IDENTIFICATION DU PATIENT (mentions obligatoires)

Nom usuel: .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe :  F  M

N°SS : .....

N° d'Identification Patient (NIP) dans la structure à facturer : .....

Adresse : .....  
.....  
.....

Code Postal : ..... Ville : .....

### 3. IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT DEMANDEUR A FACTURER

Organisme demandeur : .....

Adresse de facturation : .....  
.....  
.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Fax : .....

*A défaut (ou si des actes hors nomenclatures sont réalisés), le Centre Léon Bérard facturera à l'envoyeur l'ensemble des examens réalisés, conformément aux dispositions réglementaires applicables. L'envoyeur est donc responsable de la qualité et de l'exhaustivité des informations saisies et transmises, seules à même de garantir la facturation des analyses réalisées.*

*Le demandeur s'engage à régler les analyses demandées :*

- Au tarif à la nomenclature pour les actes CCAM (anatomie-pathologique)
- Au tarif RIHN ou LC\*
- Dans les 15 jours suivants la réception de la facture