

Recherche de mutations dans l'ADN circulant

Bon de demande

Cadre réservé
au Laboratoire

Code Ech : _____

N°Ech: _____

Nb tubes recus : _____

Type tubes : _____

Volume plasma : _____ mL

Date prév.extr : ____/____/____

DPI : | | | | |

BM : | | | | |

Identification PATIENT (ou étiquette)

Nom :
.....
Nom de naissance :
.....
Prénom :
.....
Date de naissance :/...../.....
Sexe : F - M

Identification MEDECIN PRESCRIPTEUR (ou tampon)

Nom/ Prénom :
Coordonnées :
Tel/ Fax
Autres correspondants à informer

Nom/ Prénom :
Coordonnées :
Tel/ Fax

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

Renseignements Cliniques

Pathologie : Type de prélèvement : Sang Ascite LCR Liquide Pleural

Stade avancé ou métastatique : Non Oui (préciser site) Non connu

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

Inclusion dans un protocole : Non Oui (préciser).....

Evènement correspondant au Prélèvement :
 Diagnostic En cours de traitement: Molécule :
 Progression lente Date début :/...../.....
 Progression
 Suspicion de rechute Antécédent de traitement: Molécule
 Rechute Date début :/...../..... Date fin :/...../.....

Motif de la prescription :
 Recherche de Résistance Analyse tissulaire non contributive Matériel tumoral épuisé
 PréScreening (biopsie en attente) Biopsie impossible Autre (préciser)

Antécédents Moléculaires Non Oui : Gène(s) : Mutation(s) :

Analyse(s) demandée(s)

Exploration ciblée **par ddPCR**
(résistance aux inhibiteurs, mutations HotSpot, ou CNV)

Exploration primaire ou recherche de résistance par NGS (mutations, CNV)
(voir page 2 les cibles du panel STS_v2)

Biomarqueurs Poumon
 Biomarqueurs Colorectaux
 Biomarqueurs Mélanome
 Exploration ALK Ex 21 à 25
 Autre (préciser):

Hot Spots

EGFR :
Ex18 p.E709 A G K V
p.G719 A C S
Ex19 del19
Ex20 p.T790M p.C797S
Ex21 p.L858R

ALK:
Ex23 p.F1174 L/V3520 C L3522
 p.G1202R
Ex24 p.F1245 V/I C
Ex25 p.R1275Q/L

BRAF: p.V600

Autre mutation ponctuelle
Gène & locus:.....

CNV (Amplification): MET (& polysomie) ALK CDK4 MDM2

Régions ciblées par le Panel du kit Solid Tumor Solution v2 (Sophia Genetics) :

1- Détection de 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), ESR1 (5*, 7*, 8*), EZH2 (16, 18), 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*, TP 53 (full)

Exons +/-10pb, (*) Hotspots

2- Détection d'amplification : ALK, BRAF, CDK4, CDKN2A, DDR2, EGFR, ERBB2, ESR1, FBXW7, FGFR1, FGFR2, FGFR3, HRAS, KIT, KRAS, MDM2, MET, MYC, MYCN, MYOD1, NRAS, PDGFRA, PIK3CA, RAF1, RET, ROS1, SF3B1, TERT, TP53

Régions ciblées par ddPCR :

1- Détection de mutations : ALK ex23(p.F1174L/V/C_p.G1202R), ALK ex24(p.F1245V/I/C), ALK ex25(p.R1275Q/L), BRAF ex15(p.V600E/Edouble/K/R), EGFR ex18(p.E709A/G/K/V_p.G719A/C/S), EGFR ex19(del19), EGFR ex20(p.T790M_p.C797S), EGFR ex21(p.L858R), KRAS ex2(p.G12D/V/C_p.G13D_Multiple p.G12A/C/D/R/S/V&G13D)

2- Détection d'amplification : ALK, CDK4, MDM2, MET (amplification & polysomie), MYCN

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

1. IDENTIFICATION DE LA DEMANDE

Référence* de votre demande à transmettre pour l'identification :

* cette référence reportée sur la facture identifiera la prestation réalisée par le Centre Léon Bérard.

Renseignements obligatoires pour la demande d'analyse et la facturation

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

IDENTIFICATION DU PATIENT (mentions obligatoires)	
Nom usuel :	.....
Nom de naissance :	.....
Prénom :	.....
Date de naissance :	.....
Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
N°SS :	.....
N° d'Identification Patient (NIP) dans la structure à facturer :	.....
Adresse :	.....
Code Postal :	.....
Ville :	.....

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT DEMANDEUR A FACTURER	
Organisme demandeur :	.....
Adresse de facturation :	.....
Code Postal :	.....
Ville :	.....
Tel :	.....
Fax :	.....

A défaut (ou si des actes hors nomenclatures sont réalisés), le Centre Léon Bérard facturera au prescripteur l'ensemble des examens réalisés, conformément aux dispositions réglementaires applicables. Le prescripteur 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.

L'établissement du prescripteur s'engage à régler les analyses demandées suivant la facture au tarif RIHN ou Liste complémentaire.

Tarification RIHN des analyses :

Analyse	Code acte	Libellé de l'acte de la liste complémentaire	Valorisation	Liste
panel NGS	N452	Forfait séquençage haut débit (NGS) < 20 kb	882,90 €	RIHN
Ciblée ddPCR	N408	Recherche et/ou quantification par locus exploré	113,40 € par locus	RIHN

Fiche de liaison:
Recherche des altérations génomiques dans l'ADN circulant

Identité du patient (étiquette)

20mL de sang prélevés sur tubes Vacutainer® :

Tubes Vacutainer

EDTA

Bouchon violet



2x10mL ou 4x 6mL
ou 6x4mL ou 10x2mL

**A nous faire parvenir de
préférence dans les 4 heures**

ou

Tubes Vacutainer

cell free ROCHE

Bouchon blanc-beige



3x 8mL

**A nous faire parvenir au plus
tard dans les 48 heures**

ou

Tubes Vacutainer

cell free STRECK

Bouchon noir&beige



2x10mL

**A nous faire parvenir au plus tard
dans les 48 heures**

Pas de volume minimum pour les prélèvements cytologiques

- 1- Une fois le prélèvement réalisé, mélanger immédiatement par inversion 8 à 10 fois le tube.
- 2- Insérer dans pochette de transport :
 - * les tubes identifiés avec les étiquettes-patient
 - * la fiche de liaison complétée, la feuille de prescription, la fiche de facturation complétée, et 2 étiquettes-patient.
- 3- Appeler le laboratoire (**Ouvert du lundi au vendredi de 9h à 16h30**) pour prévenir de l'envoi au CLB de tubes de sang pour recherche de mutation (éviter le vendredi après-midi pour l'envoi):
 - Technique :** Isabelle IACONO, Stéphanie BREJON, Gabriel MARCEL (Tel : 04 69 85 60 81)
 - Biologiste :** Adrien Buisson (Tel : 04.78.78.51.73)

Adresse de livraison : Dr A. Buisson

Laboratoire de Biopathologie, Bâtiment CHENEY B, 2^{ème} étage
Centre Léon BERARD, 28, rue Laennec, 69373 LYON cedex 08

Remarque : le prélèvement doit être adressé le plus rapidement possible à température ambiante.

A compléter par le préleveur

A compléter par le technicien

Date de prélèvement : ___/___/___
Heure de prélèvement : ___ h ___ mn

Nom du préleveur :

Signature du préleveur :

Date Réception : ___/___/___
Heure de congélation : ___ h ___ mn

Nom du technicien:

Signature du technicien :