

Dr Qing WANG
Dr Ahmed BOURAS
Dr Nadia BOUTRY-KRYZA

qing.wang@lyon.unicancer.fr
ahmed.bouras@lyon.unicancer.fr
nadia.boutry-kryza@lyon.unicancer.fr

Tél Secrétariat : 04 69 85 64 08
SecLaboGenetique@lyon.unicancer.fr
Fax : 04 78 78 28 68

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 (Sénior obligatoire) certifie que, conformément au Code Civil (Art. 16-10) et au Code de la Santé Publique (Art. R1131-5), 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 :

PRELEVEMENT :

Le catalogue des examens est disponible sur

<https://www.centreleonberard.fr/patient-proche/parcours-de-soins/diagnostic/laboratoire-de-genetique-constitutionnelle>

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

1 ^{er} prélèvement	2 ^{ème} prélèvement indépendant
<input type="checkbox"/> 10 ml de sang total <u>au minimum</u> sur tubes EDTA ou héparinés	<input type="checkbox"/> 10 ml de sang total sur tubes EDTA ou héparinés
<input type="checkbox"/> ADN	<input type="checkbox"/> Frottis buccal sur carte FTA Elute® (hors grand réarrangement)
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> ADN
	<input type="checkbox"/> Autre :
Analyse de transcrits	<input type="checkbox"/> 2 tubes PaxGene® + 15 ml de sang total <u>au minimum</u> sur tubes EDTA ou héparinés

PRELEVEUR :

Nom/Prénom : Date de prélèvement : / / Heure de prélèvement :

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

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

Analyse initiale « Panel de gènes »

- Panel sein/ovaire* (Panel GGC HBOC) *BRCA1, BRCA2, PALB2, RAD51C, RAD51D, CDH1, PTEN, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, TP53*
 Analyse accélérée : Motif : Délai :
 Tumospéc
 Commentaire :
- Panel GGC Tube digestif ** *MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, POLE, POLD1, EPCAM, APC, MUTYH, CDH1, BMPR1A, SMAD4, PTEN, STK11*
- Panel restreint Lynch (HNPCC) *MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, POLE, POLD1*
- Panel restreint cancer gastrique familial *CDH1, CTNNA1*

Analyse ciblée

Pathologie Sein/Ovaire

Pathologie Digestive

- Confirmation Cas index Test apparenté du variant familial Test constitutionnel suite à variant tumoral identifié
- 1^{ère} détermination
 2^{ème} détermination
- Gène : Mutation :
- Commentaire :

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

Analyse de transcrits

Gène : Variant :

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.

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

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