

A-2126F – V10
Date : 23/09/2025**UF de Biologie des Tumeurs: du lundi au vendredi 9h – 16h**
Secrétariat : Tél : 04.78.78.51.73 Fax : 04.69.85.64.20
UF de Biologie des Tumeurs : Drs A.Buisson, G.Tachon, E.Beillard, L.Paulet, A. Mc Leer
Mail biologistes : Medecins.biomolsomatique@lyon.unicancer.fr
Mail secrétariat : SecretariatBiomol@lyon.unicancer.fr**Recherche de mutations dans l'ADN circulant**
Bon de demande**Patient****Prescripteur**

Médecin prescripteur :

Autres correspondants à informer du résultat :

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

Renseignements Cliniques**Pathologie :** ☐ Poumon ☐ Neuroblastome ☐ Lymphome ☐ Autre :**Type de prélèvement :** ☐ Sang ☐ Ascite ☐ LCR ☐ Liquide Pleural ☐ Autre :**Stade avancé ou métastatique :** ☐ Non ☐ Oui (préciser site) ☐ Non connu**Renseignements cliniques :**
.....
.....**Inclusion dans un protocole :** ☐ Non ☐ Oui (préciser).....**Evènement correspondant au Prélèvement :**

- ☐
- Diagnostic
-
- ☐
- Suivi / Monitoring
-
- ☐
- Progression/Rechute

☐ En cours de traitement:

Molécule :

Si Neuroblastome :

localisation tumorale :

Stade :

Transfusé : ☐ Non ☐ Oui date.....**Motif de la
prescription :**

- ☐
- PréScreening (biopsie en attente)
- ☐
- Analyse tissulaire non contributive / impossible
-
- ☐
- Recherche de Résistance
- ☐
- Autre (préciser)

Altération moléculaire connue
(EGFR, fusion de ALK, ampli de MYCN...)☐ Non ☐ Oui : Gène(s) : Mutation(s) :**Analyse(s) demandée(s)****Exploration NGS**☐ **Panel circulant Tumeurs solides**
(théranostique, diag/résistance, BRCA1/2, ESR1,
résistance neuroblastome...)
Exploration **par Custom_ctDNA_v1**; voir page 2)☐ **Panel Hématologie Lymphomes Diagnostic**
(panel HEM V2) (après accord du biologiste)☐ **Autres, précisez le(s) gène(s) (GNAQ,
GNA11, RAD51C, TERT, MDM2, CDKN2A...)** :
.....**Exploration ciblée par ddPCR****Mutation ponctuelle :**

- ☐
- EGFR diag (L858R ou del19 ou exon18) :
-
- ☐
- EGFR resistance (T790M ou C797S) :
-
- ☐
- BRAF (V600) :
-
- ☐
- KRAS (G12 ou G13) :
-
- ☐
- FOXL2 (C134W)
-
- ☐
- ALK (préciser) :
-
- ☐
- GNAQ (Q209L ou Q209P) :
-
- ☐
- GNA11 (Q209L)
-
- ☐
- MYD88 (L252P/L265P)

Amplification :

- ☐
- ALK
- ☐
- ERBB2
- ☐
- MET
- ☐
- MYCN
- ☐
- MYC

Si besoin particulier (études, nouvelles thérapies etc), merci de contacter le Dr. G. Tachon (gaelle.tachon@clb.aura.mssante.fr ou gaelle.tachon@lyon.unicancer.fr ou medecins.biomolsomatique@lyon.unicancer.fr)**La cytologie est systématiquement réalisée sur les prélèvements autres que le sang sans prescription supplémentaire.**

A-2126F – V10
Date : 23/09/2025

UF de Biologie des Tumeurs: du lundi au vendredi 9h – 16h
Secrétariat : Tél : 04.78.78.51.73 Fax : 04.69.85.64.20
UF de Biologie des Tumeurs : Drs A.Buisson, G.Tachon, E.Beillard, L.Paulet, A. Mc Leer
Mail biologistes : Medecins.biomolsomatique@lyon.unicancer.fr
Mail secrétariat : SecretariatBiomol@lyon.unicancer.fr

Fiche de liaison:

Recherche des altérations génomiques dans l'ADN circulant

Adultes / Enfants : 20mL de sang sur tubes Vacutainer®

Prélèvement sanguin :

Tubes avec conservateur

cell free STRECK 2x10mL

Bouchon noir&beige ou beige

**A nous faire parvenir dans les
72 heures (température ambiante)**

Tolérance à 10jours



Prélèvements cytologique (liquides pleuraux, ascite, LCR...)

Pot / Tubes secs (ou tubes avec conservateur)



**Dans les 24-48h (4h si tube sec LCR)
(température ambiante)**

Nourrissons : Tubes EDTA / 1 à 5 ml / délai de transport 24h

En cas de besoin d'utiliser d'autres tubes ou d'envoi congelé, contacter le laboratoire pour connaître les modalités.

1- Une fois le prélèvement réalisé, **mélanger** immédiatement par inversion 8 à 10 fois le tube.

2- **Appeler** le laboratoire (**Ouvert du lundi au vendredi de 9h à 16h**) pour prévenir de l'envoi au CLB de tubes de sang pour recherche de mutation :

Equipe Technique : Tel externe : 04.69.85.60.81 / Tel. Interne : 76.99

3- Insérer dans la pochette de transport :

- Les tubes **identifiés** avec les étiquettes-patient
- La fiche de **liaison** complétée, la feuille de prescription et la fiche de facturation complétée.

Prescription interne

Via le pool équipier
Pochette bleue

Via le pool équipier



Prescription externe

Envoi à
température
ambiante

Directement au laboratoire

Adresse de livraison :

Dr G. TACHON / A. BUISSON
Laboratoire de Biopathologie,
Bâtiment CHENEY B, 2^{ème} étage
Centre Léon BERARD,
28, rue Laennec, 69373 LYON cedex 08



Remarque : Eviter les prélèvements sur tubulure

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

A compléter par le préleveur

Service clinique préleveur :

Tel. service clinique :

Date de prélèvement : ____/____/____

Heure de prélèvement : ____h ____mn

Nom du préleveur :

A compléter par le secrétariat / technicien

Date Réception : ____/____/____

A compléter par le technicien (qui centrifuge)

Date congel. (si ≠ recept.) : ____/____/____

Heure de congélation : ____h ____mn

Nom du technicien :

Délai Optimal (EDTA<4h, STRECK/Roche<72h) : ☐ Oui ☐ Non

Commentaire/Aspect du prélèvement :

Ref. Non Conf :