

## DEMANDE DE DIAGNOSTIC MOLECULAIRE SOMATIQUE

| 1- Patient : (Toutes ces mentions sont obligatoires)  | 2- Prescripteur :   |
|---|---|
| <p><i>Etiquette à coller :</i></p> <p><b>Nom</b>.....</p> <p><b>Nom de naissance</b>.....</p> <p><b>Prénom</b>.....</p> <p><b>Date de naissance</b> .....</p> <p><b>Sexe</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme</p>  | <p><input type="checkbox"/> Dr (Sénior) <input type="checkbox"/> Conseiller génétique <input type="checkbox"/> Dr Junior</p> <p>Si non Sénior, nom du médecin responsable :</p> <p><b>Nom</b> .....</p> <p><b>Service</b>.....</p> <p><b>Etablissement</b>.....</p>   |
| <p><b>N° de Famille/Individu</b> : .....</p> <p><b>Contexte clinique</b> :</p> <p><b>Analyse constitutionnelle réalisée au laboratoire ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>   | <p>Je 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 « ou son ayant-droit » dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne.</p> <p><b>Date de prescription</b> : <b>Signature</b> :</p> |
| 3- ANALYSE DEMANDEE :   |   |
| <p><input type="checkbox"/> Recherche de mutations ponctuelles somatiques dans les gènes <b>MLH1 / MSH2 / MSH6 / PMS2</b> et perte d'hétérozygotie (LOH)<br/><i>Il est nécessaire que le laboratoire dispose également du matériel constitutionnel (sang, tissu sain)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Recherche mutations ponctuelles somatiques dans d'autres gènes du panel GGC TUBE <i>(merci de contacter le laboratoire pour la faisabilité de l'analyse)</i></p> <p><input type="checkbox"/> gène (s) : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Motif de l'analyse : .....</p>  |   |
| 4- PHENOTYPE TUMORAL CONNU :  |   |
| <p>- <b>Instabilité microsatellite</b> : <input type="checkbox"/> MSS <input type="checkbox"/> MSI-H <input type="checkbox"/> Non interprétable <input type="checkbox"/> Non réalisé/Non disponible</p> <p>- <b>Perte d'expression</b> : <input type="checkbox"/> MLH1 <input type="checkbox"/> MSH2 <input type="checkbox"/> MSH6 <input type="checkbox"/> PMS2 <input type="checkbox"/> Non interprétable <input type="checkbox"/> Non réalisé/Non disponible</p> <p>- <b>Hyperméthylation du promoteur MLH1</b> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non réalisé</p> <p>- <b>Présence mutation BRAF</b> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non réalisé</p> |   |
| 5- DESCRIPTION DU MATERIEL BIOLOGIQUE TRANSMIS :  |   |
| <p><b>PATHOLOGISTE :</b></p> <p>Nom/Prénom : .....</p> <p>Etablissement : .....</p> <p><b>Estimation rapport cellules tumorales (cellularité de la zone sélectionnée) :</b> .....</p> <p>Commentaires: .....</p>  |   |
| <p><b>Prélèvement tumoral</b></p> <p><input type="checkbox"/> ADN tumoral: N°.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bloc paraffine tissu tumoral (si possible, joindre lame HES)</p> <p>- N° bloc: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autre type de prélèvement : .....</p>   | <p><b>Prélèvement constitutionnel (de préférence ADN constitutionnel)</b></p> <p><input type="checkbox"/> ADN constitutionnel: N°.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bloc paraffine tissu sain (si possible, joindre lame HES)</p> <p>- N° bloc : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autre type de prélèvement : .....</p>           |