

Dr Qing WANG

Tél : 04 78 78 27 23 qing.wang@lyon.unicancer.fr

Tél Secrétariat : 04 69 85 60 97

Dr Pierre NAIBO

Tél : 04 69 85 62 60 pierre.naibo@lyon.unicancer.fr

Fax : 04 78 78 28 68

Dr Nadia BOUTRY-KRYZA Tél : 04 78 78 29 24 nadia.boutry-kryza@lyon.unicancer.fr

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

N° de bon de demande (pour facturation) :

certifie que, conformément au Code Civil (Art. 16-10) et au Code de la Santé Publique (Art. L1131-1), 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 :

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

Pour toute demande d'analyse accélérée, merci de mentionner clairement par courrier ou mail le motif et le délai souhaité.

• Dépistage génétique d'une prédisposition au :

Cancer familial du sein et de l'ovaire :

Panel sein/ovaire* (panel GGC HBOC)

Commentaire éventuel :

Analyse accélérée : Motif : Délai :

Tumospéc

Cancer familial digestif :

Panel digestif complet** (panel GGC Tube digestif)

Panel restreint Lynch (HNPCC)

Gènes : *MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, POLE, POLD1*

Panel restreint cancer gastrique familial

Gène : *CDH1*

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

Test Initial / Cas Index

1^{er} prélèvement

2^{ème} prélèvement (stockage)

Confirmation de mutation

Test Prédictif / Apparenté

1^{er} prélèvement

2^{ème} prélèvement

10 ml de sang total au minimum sur tubes EDTA ou héparinés

Prélèvement buccal sur papier FTA Elute® (2^{ème} prélèvement seulement, hors recherche grand réarrangement)

ADN

Autre :

Analyse de transcrits

Prélèvement sur 2 tubes PaxGene® + 15 ml de sang total au minimum sur tubes EDTA ou héparinés

• Mutation à confirmer chez un cas index ou à rechercher chez un apparenté

Ref. Famille : Gène : Mutation :

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.

PRELEVEUR :

Nom/Prénom :

Date de prélèvement : / /

Qualité :

Heure de prélèvement : :

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

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