

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DE DEMANDE D'ANALYSES FACTURABLES PGMC – GCS PARC* CANCER DU SEIN (HER2, PIK3CA ET SIGNATURE GENOMIQUE)

1. CONTACT SERVICE DE FACTURATION

La facturation des examens réalisés par le CHU de Bordeaux et/ou l'Institut Bergonié à l'établissement prescripteur est mise en place selon l'**INSTRUCTION N° DGOS/PF4/DSS/1A/2018/101 du 16 avril 2018 relative aux actes de biologie médicale et d'anatomopathologie hors nomenclatures éligibles au financement au titre de la mission d'intérêt général d'enseignement, de recherche, de rôle de référence et d'innovation G03, aux règles de facturation de ces actes et aux modalités de délégation associées.**

INSTITUT BERGONIE : bureau de facturation des laboratoires 05 56 33 78 35 facturation@bordeaux.unicancer.fr

2. CONTACT PLATEFORME DE GENETIQUE MOLECULAIRE DES CANCERS - BORDEAUX (PGMC)

Institut Bergonié – Dr Soubeyran et Dr Mac Grogan

Département de biopathologie – Unité de pathologie moléculaire – 229 cours de l'Argonne – 33076 Bordeaux Cedex

☎ 05 56 33 04 36/37 (sec) - 05 56 33 04 38 (fax)

✉ sec.acp-pam@bordeaux.unicancer.fr - sec.acp-pam@bergonie.mssante.fr

Catalogue des analyses disponible à : <https://www.bergonie.fr/diagnostic-et-traitements/laboratoire/> - Unité de Pathologie Moléculaire – Référence du document : PAM-DCO-0002



Le bon de commande vaut engagement du prescripteur

* Plateforme de Génétique Moléculaire des Cancers – Groupement de Coopération Sanitaire « Pôle Aquitain de Recours en Cancérologie »

PRESCRIPTION D'ANALYSES PGMC – GCS PARC CANCER DU SEIN (HER2, PIK3CA ET SIGNATURE GENOMIQUE)

CETTE PRESCRIPTION VAUT BON DE COMMANDE AUPRES DU LABORATOIRE DE LA PGMC

A compléter par le médecin prescripteur et à transmettre au pathologiste

Identification MEDECIN PRESCRIPTEUR	Identification PATIENT (ou étiquette)
NOM, PRENOM :	NOM D'USAGE _____ SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
ADRESSE :	NOM DE FAMILLE (nom de naissance ou patronymique) _____
TEL :	PRENOM DE L'ETAT CIVIL _____
SIGNATURE :	NE(E) LE __ _ __ _ __ _ _ _
ETABLISSEMENT DU PRESCRIPTEUR A FACTURER:	ADRESSE _____ _____
	CP _____ VILLE _____

Référence du prélèvement : n° _____ Date de la prescription : ____ / ____ / ____

FISH HER2

Mutations PIK3CA* : stade métastatique Oui Non ; résistant à l'hormonothérapie Oui Non
*Ce test est destiné aux cancers du sein métastatiques, résistants à l'hormonothérapie

Test de signature génomique dans le cancer du sein (EndoPredict®)**

**Ce test est destiné aux cancers du sein luminaux HER2-négatifs à un stade précoce (absence de métastase à distance).

A compléter par le pathologiste et à transmettre à la plateforme de génétique moléculaire des cancers

Dr Soubeyran et Dr MacGrogan, Unité de pathologie moléculaire, Institut Bergonié

A renseigner pour la FISH HER2 :

Résultat IHC HER2 : ____ % cellules positives, intensité ____

A renseigner pour le test de signature génomique :

Grade histologique : ____ Ki67 : ____% Taille histologique de la tumeur : ____ mm

IHC récepteurs aux œstrogènes : ____% cellules + négatif

IHC récepteurs à la progestérone : ____% cellules + négatif

Statut HER2 : positif négatif équivoque

Nombre de ganglions envahis : ____

Si un seul ganglion envahi : micro-métastase macro-métastase cellules tumorales isolées

Identification LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIE (Nom, coordonnées)	Date et heure du prélèvement : ____/____/____ à ____h____
	Date d'envoi à la plateforme : ____/____/____
	Référence du bloc envoyé : _____
	Fixateur : <input type="checkbox"/> formol <input type="checkbox"/> autre
	Choisir un bloc avec au moins 30% de cellules tumorales et avec la composante infiltrante la plus importante

Version 4- Janvier 2021