

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DE DEMANDE D'ANALYSES FACTURABLES PGMC – GCS PARC* ADN CIRCULANT POU MON

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.**

CHU DE BORDEAUX : cellule de facturation des laboratoires 05 57 82 11 26 facturation.biologie@chu-bordeaux.fr
INSTITUT BERGONIE : bureau de facturation des laboratoires 05 56 33 78 35 facturation@bordeaux.unicancer.fr

2. CONTACTS PLATEFORME DE GENETIQUE MOLECULAIRE DES CANCERS EN AQUITAINE (PGMC)

CHU de Bordeaux – Pr Merlio

Service de biologie des tumeurs-Tumorothèque - Hôpital Haut-Levêque – Av. de Magellan – 33604 Pessac
☎ 05 57 65 67 68 (sec) – 05 57 65 68 67 (fax)

✉ biologie-tumeurs@chu-bordeaux.fr - biologie-tumeurs@chu-bordeaux.mssante.fr

Catalogue des analyses disponible à : <https://catalogue-biologiepathologie.chu-bordeaux.fr/>

Institut Bergonié – Dr Soubeyran

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

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



Le bon de commande vaut engagement du prescripteur

PRESCRIPTION ADN CIRCULANT POU MON PGMC – GCS PARC

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

A compléter par le médecin prescripteur

Identification MEDECIN PRESCRIPTEUR
NOM, PRENOM :
ADRESSE :
TEL :
SIGNATURE :
ETABLISSEMENT DU PRESCRIPTEUR A FACTURER :

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

Les indications de ce type d'analyse sont (cocher) :

- Primo-détermination du statut EGFR
 - Biopsie tissulaire non réalisable
 - Analyse tissulaire moléculaire non contributive
- Détection de mutation de résistance chez un patient sous traitement (rechute clinique ou progression)

Traitement actuel : Néant Inhibiteur de tyrosine kinase Chimiothérapie Autre : _____

Stade tumoral : Stade TNM IIIb Stade TNM IV

Type histologique :

- Carcinome broncho-pulmonaire non à petites cellules non épidermoïde
- Autre (justifier) : _____

Prélèvement : Date : _____ Heure : _____

Date et heure d'envoi : _____ Date et heure de réception : _____

Prélèvement (tube spécifique ou EDTA)

Joindre **Fiche de prescription « ADN circulant »**

Compte-Rendu moléculaire et anatomo-pathologique initial

Envoi **Plateforme de Génétique Moléculaire des Cancers**

Prélèvement :

Tube spécifique*

1- Bien remplir le tube
2- Mélanger **immédiatement** en retournant 10 fois sans agiter
3- Envoyer dans les **3-4j à T° ambiante**

ou

Tube EDTA de 7mL

1- Bien remplir le tube
2- Adresser les tubes dans un délai de **3h à T° ambiante** à la plateforme

* CE-IVD Cell-Free DNA Collection Tube (Roche)
référence : 07785666001 / 07832389001

