

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DE DEMANDE D'ANALYSES FACTURABLES PGMC BORDEAUX – GCS PARC* BRCA1/BRCA2 SOMATIQUE – TEST HRD

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

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'ANALYSE PGMC BORDEAUX - GCS PARC BRCA1/BRCA2 SOMATIQUE – TEST HRD

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
NOM, PRENOM :
ADRESSE :
TEL :
SIGNATURE :
ETABLISSEMENT DU PRESCRIPTEUR A FACTURER :
N° FINESS :

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 _____

Référence du prélèvement : n° _____

Date de la prescription : ____ / ____ / _____

Date à laquelle les résultats sont attendus : ____ / ____ / _____

Renseignements cliniques : votre patient présente

1/ Un carcinome de l'ovaire, péritoine, trompe non mucineux de haut grade, avancé ou métastatique : oui non

Un cancer du sein métastatique : oui non

Un cancer de la prostate métastatique : oui non

2/ Le statut germinal (constitutionnel) est-il : en cours non muté non demandé* consultation demandée

*Si une consultation d'oncogénétique n'est pas encore réalisée ou prévue, celle-ci est à envisager dans les plus brefs délais :

- Service d'Oncogénétique Institut Bergonié : 05 56 33 04 39

- Unité d'oncogénétique du CHU de Bordeaux : 05 56 79 59 52

- Service d'oncogénétique du CH de Bayonne : 05 59 44 44 36

Correspondant oncogénétique : Institut Bergonié CHU de Bordeaux CH de la Côte Basque à Bayonne

Correspondant oncologue : _____

Partie à remplir par le pathologiste et à transmettre à la plateforme de génétique moléculaire des cancers (Dr Soubeyran, Unité de pathologie moléculaire, Institut Bergonié)

Identification LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIE (Nom, coordonnées)

Date du prélèvement : ____ / ____ / _____

Date d'envoi à la plateforme : ____ / ____ / _____

Référence du bloc envoyé : _____

Type de fixateur utilisé : Formol
 Autre, préciser : _____

Choix du bloc :

- Préférer le prélèvement avant chimiothérapie

- Si possible choisir un bloc avec au moins 30% de cellules tumorales et au minimum 5 mm² de tumeur

(Joindre le double du CR anapath, le bloc et la lame colorée)

Technique demandée

NGS BRCA1/BRCA2 (N005+N452) Test HRD Myriad myChoiceCDx (uniquement ovaire sous réserve de matériel suffisant)

Version 5 – Janvier 2021