

**BON DE PRESCRIPTION D'ANALYSES DE GENETIQUE MOLECULAIRE DES TUMEURS SOLIDES**

Identification PATIENT (ou étiquette)

NOM D'USAGE : \_\_\_\_\_

NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

SEXE :  Femme  Homme

NE(E) LE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Identification MEDECIN PRESCRIPTEUR

(ou tampon)

NOM : \_\_\_\_\_

TÉL : \_\_\_\_\_

HÔPITAL/SERVICE DEMANDEUR : \_\_\_\_\_

MOTIF DE L'ANALYSE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

Identification LABORATOIRE D'ANATOMIE  
PATHOLOGIQUE (ou tampon)

COORDONNÉES : \_\_\_\_\_

**PARTIE A REMPLIR PAR LE PATHOLOGISTE (Joindre le double du Compte-Rendu Anapath)**

Date du prélèvement :

Date de prescription :

Date d'envoi à la plateforme :

Matériel envoyé :  tumeur primitive  métastase

Référence du bloc envoyé et lame HES (numéro de dossier laboratoire d'origine) :

Référence du bloc envoyé (numéro de dossier laboratoire CHU) :

Pathologiste initial :

Site du prélèvement :

Type de prélèvement :  biopsie  pièce opératoire

Type histologique :

Conditionnement :

copeaux TUMEUR (coupe paraffine sur l'ensemble du bloc à 10 µm), bloc n°

nbre de copeaux :

copeaux T.SAIN (coupe paraffine sur l'ensemble du bloc à 10 µm), bloc n°

nbre de copeaux :

macrodissection TUMEUR (sélection d'une zone tumorale prélevée au scalpel), bloc n°

macrodissection T.SAIN (sélection d'une zone saine prélevée au scalpel), bloc n°

lames blanches avec zone tumorale sélectionnée, bloc n°

nbre de lames (5 µm) :

autre (à préciser) :

Type de fixateur utilisé :  Formol  Autre (préciser) :

% de cellules tumorales dans l'échantillon ou la zone sélectionnée : % par le pathologiste

Nom du technicien ayant procédé à l'échantillonnage + date et heure :

Nom de la personne ayant réceptionné la demande + date et heure :

## COLO-RECTAL

- NGS (panel INCa élargi dont mutations *KRAS/NRAS/BRAF*)
- Etude du phénotype RER (MSI) (+ *BRAF* et *MLH1* si instabilité)
  - Suspicion Lynch
  - Visée thérapeutique
- Etude de la méthylation du promoteur de *MLH1*
- Autre recherche (à préciser) :  
.....

## POUMON

- NGS (panel INCa élargi dont mutations *EGFR/KRAS/BRAF/HER2*)
- Recherche d'un réarrangement *ALK* ou *ROS1* par FISH)
- Recherche de mutation de *EGFR* dans ADN circulant (joindre feuille spécifique p.4)
- Recherche de mutations de résistance *ALK* (p.4)
- Recherche de fusions de gènes par RNASeq
- Autre recherche (à préciser) :

## TUMEUR CEREBRALE

- Recherche de mutations *IDH1/IDH2*
- Recherche de la co-délétion 1p/19q par CGH (+/- LOH) (10 copeaux de 10 µm minimum nécessaires)
- Etude de la méthylation du promoteur de *MGMT*
- NGS (panel INCa élargi)
- Autre recherche (à préciser) :  
.....

## MELANOME

- NGS (panel INCa élargi dont mutations *BRAF/NRAS/c-KIT*)
- Autre recherche (à préciser) :  
.....

## SEIN, OVAIRE, ENDOMETRE

- Amplification *HER2 (ERBB2)*
- Recherche de mutations *BRCA1/BRCA2* ((joindre feuille spécifique p.3)
- Etude du phénotype RER (MSI)
- Signature moléculaire EndoPredict (joindre feuille spécifique p.5)
- Recherche de mutations *PIK3CA*
- Score HRD/GIS (My Choice) (joindre consentement de la patiente)
- Autre recherche (à préciser) :  
.....

## SARCOME

- Recherche de l'amplification *MDM2/CDK4* par CGH (10 copeaux de 10 µm minimum nécessaires) ou FISH (2 lames blanches)
- Recherche de fusion génique par FISH ou RNASeq (fusion à préciser)

## THYROÏDE

- NGS (panel INCa élargi dont mutations *BRAF, RET, ALK*)
- Autre recherche (à préciser) :  
.....

## ESTOMAC

- Amplification *HER2 (ERBB2)*
- NGS (panel INCa élargi)
- Autre recherche (à préciser) :  
.....

## GIST

- NGS (panel INCa élargi dont mutations *c-KIT, PDGFRa*)
- Autre recherche (à préciser) :  
.....

## AUTRE ORGANE, préciser :

- NGS (panel INCa élargi)
- Recherche de fusions de gènes par RNASeq
- Autre recherche (à préciser) :  
.....

## PRESCRIPTION DE GENOTYPAGE BRCA SOMATIQUE

A compléter par le médecin prescripteur et à transmettre au pathologiste

### Identification Patient

Nom d'Usage :  
Nom de naissance :  
Prénom :  
Sexe :  Femme  Homme  
Né(e) le :  
Adresse :

### Identification Prescripteur

Nom :  
Coordonnées :  
  
Tel :  
Fax :  
Signature :

### Renseignements cliniques :

- Date de la demande :
- Date de prélèvement :
- Prélèvement avant chimio :  OUI  NON
- Statut germlinal (constitutionnel) connu :  OUI  NON  En Cours de détermination
- En situation de rechute :  OUI  NON
- Date envisagée du début de traitement anti-PARP :

### A compléter par le pathologiste initial

#### Identification Pathologiste Initial

Nom :  
Coordonnées :

Tel :  
Fax :

- ❖ Référence du bloc :
- ❖ Site du prélèvement :
  - Ovaire  Trompes  Péritoine
  - Autre, préciser :
- ❖ Type de prélèvement :  Biopsie  Pièce opératoire
  - Autre, préciser :
- ❖ Type de fixateur :
- ❖ Cellularité tumorale :
- ❖ Date d'envoi au laboratoire :

**A transmettre au laboratoire d'oncologie moléculaire avec le compte-rendu anatomopathologique**

- Bloc représentatif de la tumeur  
ou 5 copeaux de 10µ
- Avec cellularité tumorale >30%
- Avant chimio de préférence

A l'adresse suivante : Pr Karayan-Tapon  
Laboratoire de Cancérologie Biologique  
UBM 1<sup>er</sup> étage - CHU La Milétrie  
2 rue de la Milétrie 86021 Poitiers

## PÔLE BIOSPHARM

SERVICE DE CANCEROLOGIE BIOLOGIQUE



### Recherche de mutations EGFR, BRAF ou ALK dans l'ADN circulant (tumeurs pulmonaires)

#### PATIENT :

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  H  F

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (cf compte-rendu anapath et compte rendu médical)

Nom - prénom et adresse du pathologiste responsable du diagnostic :

Motif de la demande :

- prélèvement tissulaire non réalisable
- bloc de paraffine épuisé
- prélèvement tissulaire trop pauvre en cellules tumorales
- ADN déjà extrait de la tumeur mais résultat non contributif

Mutations à rechercher :  mutations activatrices de l'EGFr

mutation p.V600E de BRAF

mutation de résistance p.T790M de l'EGFr

(+mutation activatrice détectée au diagnostic, à renseigner si connue : )

mutations de résistance de ALK

#### PRELEVEMENT :

En cas d'envoi extérieur, provenance : .....

Date et heure du prélèvement :

Date de la demande d'analyse par le clinicien :

Nom, prénom du préleveur : .....

Conditionnement du prélèvement :  plasma congelé

tubes EDTA (20 mL) transport <3H

tubes Roche (2)

#### MEDECINS :

Médecins prescripteurs et destinataires du CR :

- clinicien(s) ..... adresse : .....

- biologiste ..... adresse : .....

Signature du biologiste :

#### LABORATOIRE

Date et heure de réception des échantillons par la plateforme hospitalière : .....

Nom, prénom du technicien ayant reçu le prélèvement : .....

Pr L.KARAYAN-TAPON, PU-PH  
05.49.44.49 88  
[l.karayan-tapon@chu-poitiers.fr](mailto:l.karayan-tapon@chu-poitiers.fr)  
Dr. C. VILLALVA, PH  
05.49.44.4622  
[c.villalva@chu-poitiers.fr](mailto:c.villalva@chu-poitiers.fr)  
Dr G. TACHON, PHU  
05.49.44.21.90  
[gaelle.tachon@chu-poitiers.fr](mailto:gaelle.tachon@chu-poitiers.fr)  
Dr L. CEJUDO, PH  
05-49-44-40-42  
[lucile.cejudo@chu-poitiers.fr](mailto:lucile.cejudo@chu-poitiers.fr)

## Pôle Biologie Médicale

Service de Cancérologie Biologique  
UBM 1<sup>er</sup> étage  
Plateforme de Génétique Moléculaire des  
Cancers



# Signature moléculaire des cancers du sein (Test ENDOPREDICT)

### Identité patient (ou étiquette)

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Sexe :  F  H

### Médecin prescripteur

Nom : Prénom :  
Hôpital-service :  
Date de la demande :  
Autres destinataires :

### Caractéristiques de la tumeur

Nom/prénom du pathologiste responsable du diagnostic :  
Date du prélèvement :  
Type de prélèvement :  tumorectomie  mastectomie  autre (préciser)  
Type histologique :  
Référence du bloc FFPE :  
Pourcentage de cellules tumorales : établi par :  
Date d'envoi des coupes :  
Cancer du sein :  luminal A  luminal B  
Statut moléculaire : RE + - % RP + - % HER2 + - % Ki67 %  
Grade :  
Stade pTNM  
ou taille de la tumeur :  T1mi  T1a  T1b  T1c  T2  
Nombre de ganglions envahis :  0 (pN0)  1-3 (pN1)  micrométastases (pN1mi)

### Matériel, envoi et réception

Deux coupes de 10 µm avec plus de 30% de cellules tumorales. Si besoin, effectuer une macrodissection.  
Lors de l'envoi, joindre aux coupes ce bon de demande, le compte-rendu anatomopathologique et le compte-rendu de RCP.

Date et heure de réception par la plateforme :  
Nom et prénom de la personne ayant réceptionné :