

# 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](mailto: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](mailto:sec.acp-pam@bordeaux.unicancer.fr) - [sec.acp-pam@bergonie.mssante.fr](mailto:sec.acp-pam@bergonie.mssante.fr)

#### Catalogue des analyses disponible :

- Via portail de prescriptions connectées : <https://prescriptions.bordeaux.unicancer.fr>
- Ou sur le site : <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**

<p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;"><b>Identification de l'Institution/clinicien en charge du patient (obligatoire)</b></p> <p>NOM, PRENOM :</p> <p>ADRESSE :</p> <p>TEL :</p> <p>SIGNATURE :</p> <p>ETABLISSEMENT DU PRESCRIPTEUR A FACTURER:</p> <p>N° FINESS :</p>	<p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;"><b>Identification PATIENT (ou étiquette)</b></p> <p>NOM D'USAGE   _____   SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>NOM DE FAMILLE (nom de naissance ou patronymique)   _____  </p> <p>PRENOM DE L'ETAT CIVIL   _____  </p> <p>NE(E) LE  __   __   __   __   __   __ </p> <p>ADRESSE   _____     _____  </p> <p>CP   _____   VILLE   _____  </p> <p>NUMERO DE SS _____</p>
---	--

Référence du prélèvement : n° \_\_\_\_\_ Date de la prescription : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date à laquelle les résultats sont attendus : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Renseignements cliniques :**

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

Un cancer du pancréas 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)**

<p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;"><b>Identification LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIE (Nom, coordonnées)</b></p>	<p>Date du prélèvement : ____ / ____ / _____</p> <p>Date d'envoi à la plateforme : ____ / ____ / _____</p> <p>Référence du bloc envoyé : _____</p> <p>Type de fixateur utilisé : <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____</p> <p>Choix du bloc :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préférer le prélèvement avant chimiothérapie</li> <li>- Si possible choisir un bloc avec au moins 30% de cellules tumorales et au minimum 5 mm<sup>2</sup> de tumeur</li> </ul>
--	---

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

<p><b>Technique demandée</b></p> <p><input type="checkbox"/> NGS BRCA1/BRCA2 (N005+N452) <input type="checkbox"/> Test HRD (uniquement ovaire sous réserve de matériel suffisant)</p>	<p>Version 6 – Novembre 2022</p>
---	----------------------------------