

Analyse somatique des anomalies du système de réparation de l'ADN (comprenant BRCA1 et BRCA2) à visée théranostique

Prescripteur (CLINICIEN)

Nom : _____ Prénom : _____

Etablissement : _____ N° Tel : _____

Date de la prescription d'analyse : _____

Réservé Anatomie Pathologique CHU

(N° DIAMIC)

Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____ Nom de naissance : _____

N° IEP (CHU LIMOGES) : _____

ou autre numéro d'identification (cliniques, Hôpitaux extérieurs...)

Date de naissance : _____ Sexe : F M

Adresse : _____

(Etiquette patient, ou remplir tous les champs)

Patiente informée sur le risque éventuel de prédisposition héréditaire aux cancers de l'ovaire et/ou du péritoine (avec remise de la note explicative)

Informations sur le prélèvement (à remplir par le PATHOLOGISTE)

Nom : _____ Prénom : _____

Etablissement : _____ N° Tel : _____ Date de réception de la demande : _____

Adresse complète : _____

Etat tumoral : Tumeur primitive Récidive Métastase (localisation de la tumeur primitive ? _____)

Date du prélèvement : _____ Organe : _____

Diagnostic histopathologique : _____

Type de prélèvement : Pièce opératoire Biopsie Lames
 Coupes Cytoponction ADN

Conservation/type de fixateur : _____

Délai de fixation : < 30 min >30 min à 1h > 1h

Temps de fixation : ≤ 6h 6h-20h 20h-48h
 > 48h

Bloc tumoral N° : _____

Avec HES **de sortie**
 Lames blanches (nombre = _____)

Informations du prélèvement

% de cellules tumorales coupe entière : _____

% de cellules tumorales zone sélectionnée : _____

Initiales pathologiste : _____

Date : _____

Demande de recherche d'altérations moléculaires pour :

Type de cancer : Ovaire séreux de haut grade Ovaire (autre) Sein Prostate Pancréas Autres

Analyse(s) : BRCA1/2 seulement Panel RH étendu (Comprenant les gènes : ATM ; BARD1 ; BRCA1 ; BRCA2 ; BRIP1 ; CDK12 ; CHEK2 ; FANCA ; FANCD2 ; FANCL ; MRE11 ; NBN ; PALB2 ; PPP2R2A ; RAD51B ; RAD51C ; RAD51D ; RAD54L ; TP53)

Recherche HRD (Test MyChoice) et panel RH étendu
Si HRD envoyer un bloc supplémentaire

En cochant cette case, j'atteste que le patient a été informé sur le test MyChoice HRD et a donné son consentement pour l'envoi de son prélèvement pour cette analyse aux Etats-Unis dans le but d'adapter le traitement de sa maladie (cf formulaire de demande d'examen myriad ci-joint)

Si cancer ovarien

Stade de traitement : Initial Chirurgie Récidive

Réponse aux sels de platine : Complète Partielle Résistante Date de dernière cure : ___/___/___

Consultation d'oncogénétique : Oui Non Prévue le ___/___/___

Mutation constitutionnelle BRCA 1/2 : Muté En cours¹ Non muté Inconnu

(¹ Préciser le laboratoire dans lequel a été demandée la recherche constitutionnelle : _____)

SIGNATURE(S) : Prescripteur

et/ou Pathologiste/Biologiste

Analyse somatique des anomalies du système de réparation de l'ADN (comprenant *BRCA1* et *BRCA2*) à visée théranostique

Modalités des analyses

Pour l'ensemble des analyses, adresser à l'adresse ci-contre :

(1) La fiche de prescription de génotypage dûment remplie

Pour les demandes extérieurs au CHU Dupuytren :

(2) Le(s) prélèvement(s) : *envoyer deux blocs en cas d'analyse GREAT + HRD souhaitée*

(3) La(les) lame(s) **HES de sortie** correspondantes avec le pourcentage de cellules tumorales (lame entière et zone sélectionnée) indiqué sur la lame et sur la fiche de prescription

(4) Une copie du CR anapath pathologique correspondant

Plate-forme de Génétique
Moléculaire des Cancers Solides
Service d'Anatomie Pathologique
Bâtiment CBRS
2 Av Martin Luther King
87042 LIMOGES cedex
(Tél : 05.55.05.61.71 - Fax : 05.55.05.66.99)

Nota bene : Les pré-requis (1) à (3) ci-dessus font l'objet de l'acte RIHN N005 « Sélection et préparation d'un échantillon tissulaire fixé et inclus en paraffine pour analyse de génétique somatique des cancers ». Toute demande qui ne comportera pas ces 3 pré-requis ne pourra pas faire l'objet de remboursement de facturation

Pour tout renseignement concernant les indications des analyses et les modalités de réalisation :

Karine DURAND (Tél : 05.55.05.87.49 ; mail : karine.durand@chu-limoges.fr)

Alain CHAUNAVEL (Tél : 05.55.05.87.01 ; mail : alain.chaunavel@chu-limoges.fr)

Sylvain LACORRE (Tél : 05.55.05.65.82 ; mail : sylvain.lacorre@chu-limoges.fr)

PGMC Service d'Anatomie Pathologique – Bâtiment CBRS- 2 Av Martin Luther King -87042 LIMOGES cedex

Renseignements administratifs

Toute fiche de prescription vaut bon de commande et engagement du prescripteur pour le paiement des actes prescrits et réalisés. La facturation sera effectuée par le CHU de Limoges conformément à 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.

Pour tout renseignement concernant la facturation :

Secteur APAP : Corinne BORDAS (Tél : 05.55.05.11.31 ; corinne.bordas@chu-limoges.fr)

Secteur DAF recettes : Aurélie TEXIER (Tél : 05.55.05.60.24 ; aurelie.texier@chu-limoges.fr)

CHU Dupuytren 2 av Martin Luther King, 87042 LIMOGES Cedex

Informations et tarifs des analyses sur http://www.chu-limoges.fr/catalogue_examens_labos/