

PRESCRIPTION D'EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES DES PERSONNES

IDENTIFICATION - ETIQUETTE IJG (Toutes les mentions sont obligatoires)	PRELEVEMENT
Nom marital :	Identité préleveur :
Prénom :	Date de prélèvement :
Nom de naissance :	Heure de prélèvement :
Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F :	<input type="checkbox"/> Tube EDTA, nombre de tubes EDTA prélevés :
Date de naissance :/...../.....	<input type="checkbox"/> ADN
N° dossier :	<input type="checkbox"/> Autres :
N° famille et patient : F.....	
<input type="checkbox"/> Test Initial / Cas index	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} prélèvement
<input type="checkbox"/> Test Prédictif / Apparenté	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} prélèvement

MEDECIN PRESCRIPTEUR	
Date de prescription :/...../.....	Attestation Décret 2008-321 du 4 avril 2008 :
Cachet du prescripteur et signature :	« je certifie avoir informé le (ou la) patient (e) sus nommé (e) des caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, les possibilités de prévention et de traitement et d'avoir recueilli le consentement éclairé du (ou de la) patient (e) dans les conditions de l'article R 1131-4
	J'atteste avoir ce consentement en ma possession.
	Date :
	Signature :

ANALYSES MOLECULAIRES DEMANDEES : (cocher et rayer le cas échéant le ou les gènes dont l'analyse n'est pas demandée) :

Panel sein ovaire : BRCA1, BRCA2, PALB2, TP53, PTEN, CDH1, RAD51C, RAD51D, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM

Panel LYNCH, Polypose : MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, APC, MUTYH

Panel COMPLET (ATM, APC, BARD1, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CHEK2, EPCAM, FAM175A, MLH1, MRE11A, MSH2, MSH6, MUTYH, NBN, PALB2, PIK3CA, PMS2, PMS2CL, PTEN, RAD50, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53, XRCC2)

Autres gènes :

Analyse ciblée (joindre une copie du résultat du cas index ou d'un apparenté muté si la mutation a été identifiée dans un autre laboratoire) : réf. Famille : Gène : Mutation :

Essais cliniques ; si oui précisez lequel COVAR TUMOSPEC Autres :

DELAÏ DE RENDU SOUHAITE :

standard (apparenté < 3 mois ; cas index < 9 mois) urgent (à justifier) indication thérapeutique (à justifier)

INDICATION MEDICALE				
<input type="checkbox"/> personne atteinte	<input type="checkbox"/> sein	<input type="checkbox"/> colon	<input type="checkbox"/> Cancer Médullaire	<input type="checkbox"/> NEM2B
<input type="checkbox"/> personne non atteinte	<input type="checkbox"/> ovaire	<input type="checkbox"/> rectum	Thyroïdien	<input type="checkbox"/> phéochromocytome
	<input type="checkbox"/> sein+ ovaire	<input type="checkbox"/> estomac	<input type="checkbox"/> NEM2A	<input type="checkbox"/> hyperparathyroïdie
				<input type="checkbox"/> autres :

Prélèvement à acheminer au laboratoire dans un emballage adapté à **température sous 72h** au plus tard le vendredi avant 15h. Pour plus d'informations consulter le Manuel de prélèvement du laboratoire : https://www.institutjeangodinot.fr/fr/a_votre_service/manuels/#content

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE	
Réceptionné par :	Le :/...../..... à :h.....
Prélèvement conforme :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non si non, pour quelle raison :
Concordance prélèvement / prescription / cryotube :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Les informations médicales confidentielles et l'arbre généalogique sont accessibles sur le logiciel MEDIFIRST® Intranet de l'IG (mot de passe obligatoire).