

Formulaire de demande de recherche de mutations somatiques

<p style="text-align: center;">PATIENT</p> <p>NOM Prénom : _____</p> <p>Nom de naissance : _____</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N</p> <p>Date de naissance : ____ / ____ / _____</p>	<p style="text-align: center;">MEDECIN PRESCRIPTEUR</p> <p>NOM Prénom : _____</p> <p>Etablissement de santé de rattachement : _____</p> <p>Date de prescription : ____ / ____ / ____</p> <p>Autres destinataires du CR : _____</p>
<p style="text-align: center;">PATHOLOGISTE RESPONSABLE DU DIAGNOSTIC</p> <p>NOM Prénom : _____</p> <p>Etablissement : _____</p>	<p style="text-align: center;">PRELEVEMENT</p> <p>N° bloc : _____</p> <p>Date de prélèvement : _____</p> <p>Type de prélèvement : _____</p> <p>Tissu d'origine suspecté : _____</p>

Lors de cas particuliers (urgence, problème de qualité, ...), seuls les hotspots relatifs à l'origine de la maladie peuvent être recherchés (panel AMM uniquement)

- ALK (IHC) (Uniquement sur échantillons tissulaires)
- CD8 (IHC) (Uniquement sur échantillons tissulaires)
- PDL1 (IHC) (Uniquement sur échantillons tissulaires)
- ROS (IHC) (Uniquement sur échantillons tissulaires)

<input type="checkbox"/> Panel AMM (20-100 kb) :	<input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Poumon	<input type="checkbox"/> Mélanome <input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> Autre : _____	Gènes du panel : ALK, BRAF (sauf exon 2), EGFR, ERBB2 (HER2), KIT, KRAS, MAP2K1, MET, NRAS, PDGFRA. Si biopsie liquide, mutation connue : _____
<input type="checkbox"/> Panel Gynéco (20-100 kb) :	<input type="checkbox"/> Ovaire <input type="checkbox"/> Endomètre	<input type="checkbox"/> Autre : _____	Gènes du panel : BRCA1, BRCA2, PALB2, RAD51B, RAD51C, RAD51D, BRIP1, ATM, CHEK2, NBN, RAD50, BARD1, FANCA, PI3KCA, AKT1, TP53, PTEN, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, POLE, KRAS, NRAS, BRAF, ARID1A, FOXL2, CDK12, DICER1, SMARCA4, KMT2B, PPP2R1A
<input type="checkbox"/> Panel MMR somatique (20-100kb) Gènes MLH1, MSH2, MSH6, PMS2	Après validation de l'indication en RCP oncogénétique.		
<input type="checkbox"/> CTNNB1 (Exon 3)			
<input type="checkbox"/> ESR1 (Si biopsie liquide, mutation connue : _____)			
<input type="checkbox"/> MSI (Uniquement sur fragments tissulaires, joindre du tissu sain si possible)			
<input type="checkbox"/> Exome (nécessite 1 tube EDTA) (détail des gènes sur demande)			
<input type="checkbox"/> RNAseq diagnostique (détail des gènes sur demande)	<input type="checkbox"/> RNAseq théranostique dont NTRK1-2-3, RET, ALK, ROS1 (liste sur demande)		

Pour les biopsies liquides, utiliser des tubes Cell Free DNA (disponibles sur demande au laboratoire)

Pièces à joindre avec la présente demande :

copie de la prescription initiale, compte-rendu anatomopathologique, échantillon(s)

Responsable de l'Unité de Biologie Moléculaire : Romain BOIDOT – rboidot@cgfl.fr
Tél : 03 45 34 81 20 – Fax : 03 80 73 77 82 – laboratoiregenetiquemoleculaire@cgfl.fr

Signature moléculaire Endopredict® page 2

Formulaire de demande de signature moléculaire Endopredict®

PATIENT	
NOM Prénom :	_____
Nom de naissance :	_____
Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N
Date de naissance :	___ / ___ / _____

MEDECIN PRESCRIPTEUR	
NOM Prénom :	_____
Etablissement de santé de rattachement :	_____
Date de prescription :	___ / ___ / _____
Autres destinataires du CR :	_____

PATHOLOGISTE RESPONSABLE DU DIAGNOSTIC	
NOM Prénom :	_____
Etablissement :	_____
_____	_____

PRELEVEMENT	
N° bloc :	_____
Date de prélèvement :	_____
Type de prélèvement :	_____
Tissu d'origine suspecté :	_____

Résultat des récepteurs aux œstrogènes : Négatif Positif

Résultat des récepteurs à la progestérone : Négatif Positif

Résultat du statut *HER2* : Négatif Positif Equivoque

Classification TNM de 2009 : pT ___ pN ___ pM ___

Taille de la tumeur (exprimée en mm) : ___ x ___ x ___

Nombre de ganglions envahis : _____

Responsable de l'Unité d'Anatomopathologie : Dr Laurent ARNOULD – larnould@cgfl.fr
Tél : 03 80 73 75 14 – Fax : 03 80 73 77 17 – laboratoireanapath@cgfl.fr

Recherche de mutation somatique page 1

Service communication - BM02 - 02/2020