

**Formulaire de demande de recherche de mutations somatiques**

PATIENT	
NOM Prénom :	_____
Nom de naissance :	_____
Numéro de Sécurité sociale :	_____
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 :	_____
Identification du préleveur :	_____
Tissu d'origine suspecté :	_____

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"/> Mélanome <input type="checkbox"/> GIST	<input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Cholangio carcinome	<input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Autre : _____	Gènes du panel : ALK, APC, BRAF, CTNNB1, EGFR, ERBB2 (HER2), FGFR1, FGFR2, FGFR3, FGFR4, HRAS, IDH1, IDH2, KEAP1, KIT, KRAS, MAP2K1, MET, NRAS, PDGFRA, PIK3CA, TP53, RB1, RET, STK11, ROS1
<input type="checkbox"/>	Panel Gynéco (20-100 kb)	<input type="checkbox"/> Ovaire <input type="checkbox"/> Prostate	<input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Pancréas	<input type="checkbox"/> Endomètre <input type="checkbox"/> Autre : _____	Gènes du panel : AKT1, AR, ARID1A, ATM, BARD1, BCORL1, BRAF, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDK12, CHEK2, CTNNB1, DICER1, ERBB2, ESR1, ESR2, FANCA, GNAS, FOXL2, KMT2B, KRAS, MLH1, MSH2, MSH6, MYOD1, NBN, NRAS, PALB2, PMS2, POLD1, POLE, PPP2R1A, PTEN, PI3KCA, RAD50, RAD51B, RAD51C, RAD51D, SMARCA4, STK11, TERT (promoteur), TP53
<input type="checkbox"/>	Analyse MSI				
<input type="checkbox"/>	Score HRD complet BRCA+GIS (SeqOne) Acte NABM 4513 (8120 B)	<input type="checkbox"/>	Score GIS (SeqOne) (Acte RIHN 20-100 kb)		
<input type="checkbox"/>	Panel MMR somatique (20-100kb) Gènes MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 <b>Après validation de l'indication en RCP oncogénétique.</b>				
<input type="checkbox"/>	Exome (nécessite 1 tube EDTA) (détail des gènes sur demande)				
<input type="checkbox"/>	RNAseq théranostique dont NTRK1-2-3, RET, ALK, ROS1 (liste sur demande)		<input type="checkbox"/> RNAseq diagnostique (détail des gènes 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 Endoprédic<sup>®</sup> page 2**

Indexation : N° dossier SIL

Mode d'archivage : Electronique (Scan)

Durée d'utilisation : A la signature de la demande

Lieu de stockage / utilisation : A la demande

Lieu d'archivage : SIL

Référence BMS : FM/PA/BM/2670.13

Centre Georges François Leclerc : 1 rue Professeur Marion - BP 77980 - 21079 Dijon Cedex - France  
tél. +33 (0)3 80 73 75 00 - fax. +33 (0)3 80 67 19 15 - contact@cgfl.fr - www.cgfl.fr  
Etablissement reconnu d'utilité publique, habilité à recevoir dons et legs - C.C.P. 1769 54 E - SIRET 778 204 271 00010 - FINESS 2107 80417

**Ensemble,**  
dépassons le cancer

**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 : \_\_\_\_\_

Index Ki-67 : \_\_\_\_\_

Responsable de l'Unité d'Anatomopathologie : Dr Laurent ARNOULD – [larnould@cgfl.fr](mailto:larnould@cgfl.fr)

Tél : 03 80 73 75 14 – Fax : 03 80 73 77 17 – [laboratoireanapath@cgfl.fr](mailto:laboratoireanapath@cgfl.fr)

**Recherche de mutation somatique page 1**

Le Centre Georges François Leclerc est amené, en qualité de responsable du traitement, à traiter les données personnelles renseignées dans le présent formulaire. Ces données sont traitées pour les finalités suivantes : réalisation des analyses, interprétation et transmission des résultats, gestion administrative, fins scientifiques ou de contrôle et le cas échéant, anonymisation des données. Conformément au RGPD et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, les personnes concernées disposent des droits (droit d'accès, de rectification, de limitation, de portabilité et d'opposition). Pour l'exercice des droits de ces données ou pour toute question sur le traitement des données, merci de contacter notre délégué à la protection des données (DPO) en écrivant à : [obuirey@cgfl.fr](mailto:obuirey@cgfl.fr). Pour en savoir plus sur la gestion des données personnelles, rendez-vous sur le site du Centre Georges François Leclerc.

Indexation : N° dossier SIL

Mode d'archivage : Electronique (Scan)

Durée d'utilisation : A la signature de la demande

Lieu de stockage / utilisation : A la demande

Lieu d'archivage : SIL

Référence BMS : FM/PA/BM/2670.13

Centre Georges François Leclerc : 1 rue Professeur Marion - BP 77980 - 21079 Dijon Cedex - France

tél. +33 (0)3 80 73 75 00 - fax. +33 (0)3 80 67 19 15 - [contact@cgfl.fr](mailto:contact@cgfl.fr) - [www.cgfl.fr](http://www.cgfl.fr)

Etablissement reconnu d'utilité publique, habilité à recevoir dons et legs - C.C.P. 1769 54 E - SIRET 778 204 271 00010 - FINESS 2107 80417

**Ensemble,**  
dépassons le cancer

**unicancer** BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ