

26 rue d'Ulm, 4^{ème} étage Aile A, 75248 PARIS CEDEX 05

Pr Dominique Stoppa-Lyonnet
 Dr Lisa Golmard
 Dr Mélanie Pagès
 Dr Jessica Le Gall

Dr Mathias Schwartz
 Dr Élise Pierre-Noël
 Dr Molka Sebai

Secrétariat : Soraya Daoudi
 Nathalie Méresse
 01 44 32 43 76
 01 72 38 94 46

Cadre de laboratoire : Pierre Anézo
genetique.constit@curie.fr
 Emails = prénom.nom@curie.fr

PRESCRIPTION DE PANEL DE GÈNES ET TEST CIBLÉ

*Le consentement éclairé, l'arbre généalogique avec identification du cas index, le compte rendu de consultation et le bon de commande doivent être obligatoirement joints.
 En l'absence de ces documents, le prélèvement sera stocké puis détruit à terme.*

Prescripteur et Destinataire du C.R. [✶]		Identification Patient	
<i>La prescription doit être faite lors d'une consultation d'oncogénétique ou en concertation avec un oncogénéticien.</i> Nom : _____ N° RPPS : _____ Service : _____ Adresse : _____ Courriel : _____ Téléphone : _____ Signature : _____ Date de prescription : _____		<i>L'identité doit avoir été vérifiée au préalable à partir de documents officiels conformément au référentiel national d'identitovigilance.</i> NIP (établissement demandeur) : _____ Nom de naissance : _____ Prénom : _____ Nom d'usage : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____	
Identification des prélèvements			
1 ^{er} prélèvement	☐ Sang* 2 tubes de 7mL sur EDTA (min. 1x 3mL si petit enfant) ☐ Tumeur, origine : _____ N° anapath : _____ ☐ ADN, tissu d'origine : _____ ☐ Autre : _____		2 nd prélèvement indépendant*
	☐ Frottis buccal (sur écouvillon sec, carte FTA refusée) ☐ Prélèvement salivaire (type Salive Oragene®) ☐ Sang* 1 tube de 7mL sur EDTA (min. 1x 3mL si petit enfant) ☐ Autre : _____		

* Si 2 prélèvements sanguins indépendants, les effectuer à des temps différents ou par des préleveurs différents. Les acheminer dans 2 sachets différents avec 2 feuilles de prescription indépendantes.

Préleveur	Laboratoire :	Préleveur	Laboratoire :
Nom/Prénom :	Nom/Prénom :	Nom/Prénom :	Nom/Prénom :
N° ADELI :	N° ADELI :	N° ADELI :	N° ADELI :
Date :	Date :	Date :	Date :

Demande d'analyse complète chez un cas index (ensemble de la séquence codante & jonctions exons/introns)
 ☐ Etude constitutionnelle
☐ Etude tumorale

Panel	Gènes (cf. notice d'information sur les panels de gènes, version 3)
☐ Sein OU ☐ Ovaire	BRCA1, BRCA2, CDH1, PALB2, PTEN, RAD51C, RAD51D, TP53, MLH1, MSH2*, MSH6, PMS2*
☐ Prostate	ATM, BRCA1, BRCA2, PALB2, RAD51C, RAD51D, HOXB13
☐ Lymph	MLH1, MSH2*, MSH6, PMS2*, MUTYH, POLE, POLD1
☐ Tube digestif	APC, CDH1, GREM1, MLH1, MSH2*, MSH6, PMS2*, MUTYH, BMPR1A, POLE, POLD1, PTEN, SMAD4, STK11, AXIN2, MSH3*, NTHL1, RNF43
☐ Pancréas	ATM, BRCA1, BRCA2, PALB2, APC, CDKN2A, MLH1, MSH2*, MSH6, PMS2*, RAD51C, RAD51D, STK11
☐ Estomac diffus	CDH1, CTNNA1
☐ Bloom	BLM, RMI2, TOP3A
☐ Ataxie-télangiectasie	ATM, MRE11A, NBN, RAD50
☐ Fanconi	FANCA, FANCB, FANCD1, FANCD2*, FANCD3, FANCD4, FANCD5, FANCD6, FANCD7, FANCD8, FANCD9, FANCD10, FANCD11, FANCD12, FANCD13, FANCD14, FANCD15, FANCD16, FANCD17, FANCD18, FANCD19, FANCD20, FANCD21, FANCD22, FANCD23, FANCD24, FANCD25, FANCD26, FANCD27, FANCD28, FANCD29, FANCD30, FANCD31, FANCD32, FANCD33, FANCD34, FANCD35, FANCD36, FANCD37, FANCD38, FANCD39, FANCD40, FANCD41, FANCD42, FANCD43, FANCD44, FANCD45, FANCD46, FANCD47, FANCD48, FANCD49, FANCD50, FANCD51, FANCD52, FANCD53, FANCD54, FANCD55, FANCD56, FANCD57, FANCD58, FANCD59, FANCD60, FANCD61, FANCD62, FANCD63, FANCD64, FANCD65, FANCD66, FANCD67, FANCD68, FANCD69, FANCD70, FANCD71, FANCD72, FANCD73, FANCD74, FANCD75, FANCD76, FANCD77, FANCD78, FANCD79, FANCD80, FANCD81, FANCD82, FANCD83, FANCD84, FANCD85, FANCD86, FANCD87, FANCD88, FANCD89, FANCD90, FANCD91, FANCD92, FANCD93, FANCD94, FANCD95, FANCD96, FANCD97, FANCD98, FANCD99, FANCD100
☐ Mélanome uvéal	BAP1, MBD4
☐ Néphroblastome	WT1, CTR9, DICER1, DIS3L2, FBXW7, KDM3B, NYNRIN, POU6F2, REST, TRIM28, TRIP13
☐ Rétinoblastome	RB1
☐ Syndrome DICER1	DICER1

☐ **Panel TUMOSPEC**

* MSH2 et réarrangement du gène EPCAM
 PMS2 exons 6, 7, 8 et 10
 MSH3 exons 2 à 24
 FANCD2 exons 2 à 11 et exons 29 à 44

☐ **Test préconceptionnel**
Maladies cassantes
 Gène : _____

Autres : APC ATM BAP1 FAN1 MUTYH PTEN STK11 TP53

Demande de test ciblé :	
☐ Test apparenté du variant familial ☐ Test constitutionnel suite à variant tumoral identifié	☐ 2 ^{ème} détermination
<i>Si le variant n'a pas été identifié dans notre laboratoire, merci de joindre une copie du résultat du cas index.</i> Variant à rechercher : _____ Gène : _____ Nom, Prénom du cas index (ou n° de famille) : _____ CoF-AT2 ☐ COVAR ☐ TUMOSPEC ☐	
Commentaire : _____	☐ URGENCE (contacter le laboratoire) Motif : _____ Résultat souhaité le : _____
Cadre réservé au laboratoire Date d'arrivée au laboratoire : _____ Conformité : ☐ oui - ☐ non, motif : _____ Protocole Laboratoire : _____ Commentaire : _____	NIP : _____ N° Famille/Individu : _____ Bon de commande reçu : ☐ oui - ☐ non n° _____

* Dans le cadre de l'instruction DGOS relative aux actes de biologie médicale et d'anatomopathologie hors nomenclatures éligibles au financement MERRI G03, et aux règles de facturation de ces actes, la prescription a valeur de contrat et d'engagement de paiement.