institut Curie

Service de GENETIQUE - Pr Dominique Stoppa-Lyonnet
Unité de GENETIQUE CONSTITUTIONNELLE - Dr Lisa Golmard
SERVICE D'ONCOGENETIQUE SOUTENU PAR l'INCa

unicancer

26 rue d'Ulm, 4ème 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 DEMANDE COMPLEMENTAIRE

Le consentement éclairé, l'arbre généalogique avec identification du cas index et, pour les tests ciblés, du patient pour lequel le test est demandé, ainsi que 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.
Dans le cadre d'une urgence, merci de prendre contact avec le laboratoire.

Prescripteur et Destinataire du C.R.[¤]

La prescription doit être faite lors d'une consultation d'oncogénétique ou en concertation avec un oncogénéticien.

Nom : **N° RPPS :**
Service :
Adresse :

Courriel :
Téléphone : **Signature :**
Date de prescription :

Identification Patient

L'identité doit avoir été vérifiée au préalable à partir de documents officiels conformément au référentiel national d'identitovigilance.

NIP (*établissement demandeur*) :

Nom de naissance : **Prénom :**

Nom d'usage :

Date de naissance : **Sexe :**

Le catalogue des examens est disponible sur https://i-curie.manuelprelevement.fr/
NB : Les délais de rendu des résultats et les cotations RIHN y sont indiqués

Identification du prélèvement

☐ **Sang : 1 tube de 10mL sur ACD** (Acide Citrique Dextrose)*

*À défaut 10mL sur Citrate Sodium ou Héparine de Lithium.

Doit rester impérativement à température ambiante. Doit être envoyé par courrier express du lundi au mercredi.

☐ **Sang : 1 tube de 5mL sur Héparine de Lithium**

☐ **Trophoblaste trié**
☐ **Liquide amniotique**
☐ **Cellules amniotiques en culture**
☐ **Autre :**

☐ **Sang : 1 tube de 7mL sur EDTA**
☐ **ADN**, tissu d'origine :
concentration :
☐ **Autre** :

Préleveur

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

Demande

☐ **Étude de transcrit ciblé** ***Gène :*** ***Variant à tester :***

☐ **Étude de transcrit entier** ***Gène :***

☐ **Test fonctionnel CMMRD** (à envoyer au CRB Cochin)

☐ **Stockage**

☐ **Caryotype** ☐**Constitutionnel** ☐**Maladie cassante**
(à envoyer au service de cytogénétique de Gustave Roussy)

☐ **Diagnostic prénatal**
Joindre la « Fiche de renseignement », disponible sur https://i-curie.manuelprelevement.fr/
Si le variant n'a pas été identifié dans notre laboratoire, merci de joindre une copie du résultat du cas index.
Gène : ***Variant à tester :***
Nom, Prénom du cas index (ou n° de famille) :

☐ **Etude familiale indirecte**
Gène :
Nom, Prénom du cas index (ou n° de famille) :

☐ **Stockage** Motif :

☐ **En attente** Motif :

☐ **Envoi à l'extérieur**
Analyse demandée :
Laboratoire exécutant :

Commentaire :

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.