

26 rue d'Ulm, 4ème étage Aile B, 75248 PARIS CEDEX 05

Pr Ivan Bièche
ivan.bieche@curie.fr
Dr Céline Callens
celine.callens@curie.fr

Tél : 33 (0) 1 72 38 93 63
Tél : 33 (0) 1 72 38 93 65

Dr Samia Melaabi
samia.melaabi@curie.fr
Dr Olfa Trabelsi Grati
olfa.trabelsigrati@curie.fr

Tél : 33 (0) 1 72 38 93 64
Tél : 33 (0) 1 72 38 93 64

Secrétariat : Marie Piccot marie.piccot@curie.fr Tél : 33 (0) 1 72 38 93 61 Fax : 33 (0) 1 53 10 26 65

Recherche de biomarqueurs à partir d'ADN tumoral circulant

Prescripteur et Destinataire du C.R.

NOM, coordonnées :

Tél : _____ Fax : _____

Courriel : _____

Signature :

Identification patient

NIP : _____

NOM : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe :

Statut :

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

Le manuel de prélèvement est disponible sur <http://i-curie.manuelprelevement.fr/> Les délais de rendu des résultats y sont indiqués

Date de Prescription : _____

Localisation et histologie de la tumeur primitive : _____

Antécédents mutationnels : _____

Traitement reçu : _____

Analyse(s) demandée(s) :

Indication :

Patient non biopsiable, non opérable

Tissu tumoral non contributif

Autre : _____

Mutation d'*EGFR* de sensibilité aux ITK

Mutation d'*EGFR* de résistance aux ITK (T790M)

Mutation d'*EGFR* de résistance aux ITK (C797S)

HPV circulant

Autre : _____

Consignes du prélèvement sanguin sur voie veineuse périphérique

⚠ Prélèvements sur 2 tubes pour prélèvement d'ADN acellulaire (Streck®)

⚠ Retournement des tubes au moins 10 fois

⚠ À adresser au : **SERVICE DE GENETIQUE – UNITE DE PHARMACOGENOMIQUE**
26 rue d'Ulm – 4ème Etage, Bâtiment B
75248 PARIS CEDEX 05

⚠ En l'absence de tubes Streck®, contacter l'unité de Pharmacogénomique (01 72 38 93 61/62).

Informations sur le prélèvement

Nom du préleveur : _____

N°ADELI: _____

Date et heure du prélèvement : _____

Réception du prélèvement

(Cadre réservé au laboratoire)

Personne à réception : _____

Date et heure de la réception : _____

Matériel reçu : Tube de prélèvement d'ADN acellulaire (Streck®) Préciser le nombre : _____

Autre tube de sang Préciser la nature et le nombre : _____

Autre type de prélèvement (Moelle, LCR, etc.) Préciser : _____

Prélèvement conforme : OUI NON