

# BON DE DEMANDE : DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE DES PRÉDISPOSITIONS AUX CANCERS

## PATIENT

Date de prescription : ..... / ..... / .....

Prescripteur: .....

Cachet Prescripteur

Autre : .....

Hôpital : .....

Service: .....

Tél portable : .....

## PRÉLEVEUR

Nom .....

Prénom : .....

Date du prélèvement ..... / ..... / .....

Heure du prélèvement : ..... h .....

Organisme: .....

Tél portable : .....

## IDENTITÉ DU PATIENT

Nom .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Numéro famille : .....

*Les informations concernant le traitement de vos données à caractère personnel sont à consulter sur <https://inovie.fr/confidentialite/> ou à la fin de votre compte-rendu.*

## ANALYSE(S) MOLÉCULAIRE(S) DEMANDÉE(S)

- BRCA1     BRCA2
- HBOC Elargi (*BRCA1, BRCA2, PALB2, TP53, CDH1, PTEN, RAD51C, RAD51D, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, ATM, CHEK2*)
- HBOC (*BRCA1, BRCA2, PALB2, TP53, CDH1, PTEN, RAD51C, RAD51D, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM*)
- PANEL COLORECTAL (*APC, ATM, BAP1, BARD1, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CDK12, CDKN2A, CDK4, CHEK1, CHEK2, EPCAM, FANCL, MC1R, MITF, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, NBN, PALB2, PMS2, POLD1, POLE, PPP2R2A, PTEN, RAD51B, RAD51C, RAD51D, RAD54L, RET, SMAD4, STK11, TP53*)

## STATUT DU PATIENT

- CAS INDEX
- SUJET APPARENTÉ, SI MUTATION FAMILIALE IDENTIFIÉE :
- GÈNE .....
- MUTATION.....

## DÉTERMINATION

- INITIALE     CONFIRMATION

## PRÉLEVEMENTS

2x 5ml tubes de sang total prélevé sur tube EDTA (ne pas centrifuger, ne pas congeler), à acheminer à température ambiante.

Pour tout renseignement : Dr Gregory EGEA, Dr Stephan KEMENY  
 LBM INOVIE GEN-BIO :  
 8 RUE JACQUELINE AURIOL  
 63100 CLERMONT-FERRAND  
 Tel : 04 63 05 75 32  
 Fax : 04 73 24 18 31  
 Email : [gregory.egea@inovie.fr](mailto:gregory.egea@inovie.fr)  
[stephan.kemeny@inovie.fr](mailto:stephan.kemeny@inovie.fr)

## DOCUMENTS À NOUS FAIRE PARVENIR

- Ordonnance
- Fiche prescription
- Formulaire de consentement
- Attestation de consultation médicale
- Fiche d'information clinique
- Arbre généalogique

Je soussigné, Dr.....  
 ou ..... conseiller(e) en génétique  
 certifie que, conformément au Code Civil (Art.16-10) et au Code  
 de la Santé Publique (Art. L1131-1), je suis en possession du  
 consentement éclairé signé par le sujet dans le cadre d'un examen des  
 caractéristiques génétiques d'une personne.

Date ..... / ..... / .....

Signature et cachet Prescripteur :