

## 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, MTF, 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

## PRÉLÈVEMENTS

**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 EGEE, 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.egee@inovie.fr](mailto:gregory.egee@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 :