

PATIENT	
Nom d'usage : .....	Nom de naissance: .....
Prénom : .....	N° sécurité sociale : .....
Date de naissance : ..... / ..... / .....	Genre : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F

PRESCRIPTEUR et ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT	
Date de la prescription : .... / .... / .....	<p style="color: red;"><i>Etablissement lié à la facturation RIHN/LC</i></p> <p style="font-size: 2em; opacity: 0.5;">OBLIGATOIRE</p>
Docteur : .....	
Adresse :	
Tél. :	
Email sécurisé :	
Double à :	

N005 : préparation / qualification / sélection pour génétique tumorale	
Pathologiste initial : Dr.....	Cadre réservé IHP Group
Date du prélèvement : .... / .... / .....	Pathologiste diagnostic moléculaire : Dr.....
Réf. ACP/n° bloc origine : .....	Macrodissection : oui / non
Type de prélèvement :	Nombre et épaisseur des coupes : .....
<input type="checkbox"/> biopsie <input type="checkbox"/> pièce opératoire <input type="checkbox"/> cytologie	% cellules tumorales (HAS-AFAQAP) : .....
Localisation primitive considérée : .....	Facteurs confondants potentiels (HAS) : .....
Histologie : Joindre le CR d'ACP	

Type/Localisation	ANALYSE GENETIQUE TUMORALE	RIHN
<b>Poumon</b>	<input type="checkbox"/> qPCR EGFR 4 exons - pour résultat urgent <input type="checkbox"/> NGS ADN (dont EGFR-KRAS-BRAF-MET-HER2) <input type="checkbox"/> NGS ARN fusions (dont ALK-ROS1-RET-NTRK1-2-3) <input type="checkbox"/> NGS ADN + ARN fusions	N504 N452 N452 N453
<b>Digestif</b>	<input type="checkbox"/> qPCR KRAS-NRAS-BRAF <input type="checkbox"/> NGS ADN (dont KRAS-NRAS-BRAF)	N523 N501 N452
<b>Cholangiocarcinome</b>	<input type="checkbox"/> NGS ADN (IDH1) + ARN fusions (FGFR2)	N453
<b>GIST</b>	<input type="checkbox"/> NGS ADN (dont KIT-PDGFR4)	N452
<b>MSI</b>	<input type="checkbox"/> qPCR MSI	N500
<b>Vessie</b>	<input type="checkbox"/> NGS ADN (FGFR3) + ARN fusions (FGFR1-2-3)	N453
<b>BRCA</b>	<input type="checkbox"/> NGS ADN tumoral BRCA1/2	N453
<b>Sein</b>	<input type="checkbox"/> NGS PIK3CA <input type="checkbox"/> Signature moléculaire MYRIAD EndoPredict	N452 N537
<b>Endomètre</b>	<input type="checkbox"/> NGS ADN (POLE, TP53)	N452
<b>Thyroïde</b>	<input type="checkbox"/> NGS ADN (RAS, BRAF, TERT) + ARN fusions (RET, NTRK)	N453
<b>Mélanome</b>	<input type="checkbox"/> qPCR BRAF <input type="checkbox"/> NGS ADN (dont BRAF-NRAS-KIT)	N501 N452
<b>Autre :</b>		

**Opposition du patient** : Le patient est informé par le médecin de la réalisation d'un test de génétique somatique des cancers dont les résultats sont susceptibles d'être transmis dans le cadre de protocoles et IL S'Y OPPOSE. Les échantillons et ses données seront conservés dans des délais légaux. Le patient S'OPPOSE à l'utilisation des échantillons et des données à des fins d'amélioration de la qualité et/ou de recherche.