

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 : .... / .... / .....  Docteur : ..... Adresse : ..... Tél. : ..... Email sécurisé : ..... Double à : .....	<i>Etablissement lié à la facturation RIHN/LC</i>  <b>OBLIGATOIRE</b>

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

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.