

PATIENT

Nom d'usage : Nom de naissance :
 Prénom : N° sécurité sociale :
 Date de naissance : / / Genre : H F

PRESCRIPTEUR et ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT

Date de la prescription : / /

Etablissement lié à la facturation RIHN/LC

OBLIGATOIRE

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 :

biopsie pièce opératoire cytologie

Nombre et épaisseur des coupes :

Localisation primitive considérée :

% cellules tumorales (HAS-AFAQAP) :

Histologie : Joindre le CR d'ACP

Facteurs confondants potentiels (HAS) :

Type/Localisation	ANALYSE GENETIQUE TUMORALE	Acte
Poumon	<input type="checkbox"/> qPCR EGFR 4 exons - pour résultat urgent <input type="checkbox"/> NGS ADN + ARN fusions <input type="checkbox"/> NGS ADN (dont EGFR, KRAS, BRAF, MET, ERBB2/HER2) <input type="checkbox"/> NGS ARN fusions (dont ALK, ROS1, RET, NTRK1-2-3)	ZZQX042 ⁽¹⁾ N453 ⁽²⁾ N452 ⁽²⁾ N452 ⁽²⁾
Digestif	<input type="checkbox"/> qPCR KRAS, NRAS +/- BRAF <input type="checkbox"/> NGS ADN (dont KRAS, NRAS, HRAS, BRAF, ERBB2/HER2, PIK3CA)	ZZQX484 ⁽¹⁾ +/-N501 ⁽²⁾ N452 ⁽²⁾
Pancréatobiliaire	<input type="checkbox"/> NGS ADN (IDH1, KRAS, BRAF, TP53) + ARN fusions (FGFR2) <input type="checkbox"/> NGS ADN tumoral BRCA1/2	N453 ⁽²⁾ N453 ⁽²⁾
GIST	<input type="checkbox"/> NGS ADN (dont KIT, PDGFRA)	N452 ⁽²⁾
MSI	<input type="checkbox"/> qPCR MMR	N500 ⁽²⁾
Vessie	<input type="checkbox"/> NGS ADN (FGFR3) + ARN fusions (FGFR1-2-3) <input type="checkbox"/> NGS ADN (FGFR3) <input type="checkbox"/> NGS ARN fusions (FGFR1-2-3)	N453 ⁽²⁾ N452 ⁽²⁾ N452 ⁽²⁾
Prostate	<input type="checkbox"/> NGS ADN tumoral BRCA1/2	N453 ⁽²⁾
Ovaire	<input type="checkbox"/> NGS ADN tumoral BRCA1/2 <input type="checkbox"/> HRD	N453 ⁽²⁾
Sein	<input type="checkbox"/> NGS ADN tumoral BRCA1/2 <input type="checkbox"/> Signature moléculaire MYRIAD EndoPredict <input type="checkbox"/> NGS ADN (PIK3CA, ESR1) sur tissu tumoral <input type="checkbox"/> NGS ADN ESR1 sur biopsie liquide	N453 ⁽²⁾ N537 ⁽²⁾ N452 ⁽²⁾ N452 ⁽²⁾
Endomètre	<input type="checkbox"/> NGS ADN (POLE, TP53)	N452 ⁽²⁾
Thyroïde	<input type="checkbox"/> NGS ADN (RAS, BRAF, TERT, RET) + ARN fusions (RET, NTRK) <input type="checkbox"/> NGS ADN (RAS, BRAF, TERT, RET) <input type="checkbox"/> NGS ARN fusions (RET, NTRK)	N453 ⁽²⁾ N452 ⁽²⁾ N452 ⁽²⁾
Mélanome	<input type="checkbox"/> qPCR BRAF <input type="checkbox"/> NGS ADN (dont BRAF, NRAS, KIT)	ZZQX784 ⁽¹⁾ N452 ⁽²⁾
Autre :		

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.

⁽¹⁾Selon CCAM, pour les indications des tests, merci de se conformer aux recommandations INCA/HAS et AMM des thérapies.

⁽²⁾Actes dépendants de la MERRI G03 selon la nomenclature RIHN

Prescription à transmettre au pathologiste initial et par courriel à l'adresse : biomarqueur@ihp-group.fr

Siège social : 55,rue Amiral du Chaffault 44100 Nantes cedex. Siège : 35, boulevard de Stalingrad 92240 Malakoff

Pour plus d'informations consulter notre plateforme de biologie moléculaire : <http://genomique.ihp-group.fr>