

Praticien responsable :  
 Dr. Florence COULET  
[florence.coulet@aphp.fr](mailto:florence.coulet@aphp.fr)

Biologistes :  
 Dr. Erell GUILLERM [erell.guillerm@aphp.fr](mailto:erell.guillerm@aphp.fr)  
 Dr. Noémie BASSET [noemie.basset@aphp.fr](mailto:noemie.basset@aphp.fr)

Secrétariat :  
[nathalie.charache@aphp.fr](mailto:nathalie.charache@aphp.fr)  
 Tél : 01 42 17 76 64  
 Fax : 01 42 17 76 18

**Demande à transmettre au service concerné**

**Anatomie et Cytologie pathologiques (Pr.I.Brocheriou) ou Neuropathologie (Pr.D.Seilhean)**  
**par fax 77777 ou par email [secretariat.anapath@psl.aphp.fr](mailto:secretariat.anapath@psl.aphp.fr) par fax 61899**

### DEMANDE DE GENETIQUE MOLÉCULAIRE SUR TISSU TUMORAL

SERVICE DEMANDEUR	PRESCRIPTEUR (sénior obligatoire)	PATIENT (remplir ou coller étiquette)
(UH si APHP, remplir ou coller Etiquette)		
Etablissement : .....	Nom : .....	Nom : .....
Service : .....	Identifiant RPPS ou APH : .....	Prénom : .....
	Téléphone/email : .....	Nom de jeune fille : .....
		Date de naissance : .....
		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

CONTEXTE CLINIQUE	ORIGINE PRIMITIVE
<input type="checkbox"/> Tumeur primaire <input type="checkbox"/> Situation Adjuvante <input type="checkbox"/> Localement Avancé <input type="checkbox"/> Métastatique Thérapie ciblée en cours : .....	<input type="checkbox"/> Digestif (côlon/rectum) <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Digestif (hors côlon/rectum) <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Ovaire <input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Endomètre <input type="checkbox"/> Cholangiocarcinome <input type="checkbox"/> Mélanome <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> Tumeur cérébrale <input type="checkbox"/> Vessie <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Indéterminée HPO : .....
<input type="checkbox"/> Urgence .....	
N° ACP à transmettre : .....	

ORGANE PRELEVE	ANALYSE DEMANDEE				
<input type="checkbox"/> Côlon <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Rectum <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Ovaire <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Peau <input type="checkbox"/> Utérus <input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/> Vessie <input type="checkbox"/> Endomètre <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> Ganglion <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Péritoine <input type="checkbox"/> Os <input type="checkbox"/> Cerveau <input type="checkbox"/> Voies biliaires    Autre : .....	<p align="center">Accès aux listes complètes de gènes sur le site : <a href="http://www.cgmc-psl.fr/">http://www.cgmc-psl.fr/</a></p> <table style="width:100%;"> <tr> <th style="width:50%;">Panel NGS</th> <th style="width:50%;">Loci spécifiques</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Panel BRCA  <input type="checkbox"/> Panel tumoral ADN  <input type="checkbox"/> Panel tumoral ARN-fusion            Autre : .....</td> <td> <input type="checkbox"/> KRAS    <input type="checkbox"/> NRAS  <input type="checkbox"/> BRAF V600E  <input type="checkbox"/> PIK3CA  <input type="checkbox"/> Instabilité des microsatellites</td> </tr> </table>	Panel NGS	Loci spécifiques	<input type="checkbox"/> Panel BRCA <input type="checkbox"/> Panel tumoral ADN <input type="checkbox"/> Panel tumoral ARN-fusion Autre : .....	<input type="checkbox"/> KRAS <input type="checkbox"/> NRAS <input type="checkbox"/> BRAF V600E <input type="checkbox"/> PIK3CA <input type="checkbox"/> Instabilité des microsatellites
Panel NGS	Loci spécifiques				
<input type="checkbox"/> Panel BRCA <input type="checkbox"/> Panel tumoral ADN <input type="checkbox"/> Panel tumoral ARN-fusion Autre : .....	<input type="checkbox"/> KRAS <input type="checkbox"/> NRAS <input type="checkbox"/> BRAF V600E <input type="checkbox"/> PIK3CA <input type="checkbox"/> Instabilité des microsatellites				

#### MATÉRIEL TRANSMIS PAR LE SERVICE D'ANATOMIE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

(Informations à compléter et à joindre au prélèvement avec le compte-rendu d'anatomopathologie)

N° ACP : ..... Bloc : ..... Pathologiste référent : .....

Prélevé le : ..... % de cellules tumorales (PCT): .....

Prélèvement :  FFPE     Congelé    Fixation :  Formol     AFA    Remarques : .....

Nature :  Biopsie     Pièce Opératoire    Autre : .....

Mode de prélèvement :  Copeaux     Lames     Punch\*     Macrodissection\* (\* nécessaire si PCT <30%)

Matériel envoyé le :
/ / 20

*Cadre réservé au laboratoire : Traçabilité du prélèvement (date d'arrivée, conformité)*  
 Laboratoire autorisé à exercer l'activité de soins « examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales » (Décision n°13-925 du Directeur Général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France)  
 Praticiens agréés par l'Agence de la biomédecine- Accréditation du laboratoire n°8-3253