

Service de Génétique Moléculaire et Génomique Pr. M.D. GALIBERT Secrétariat : 02 99 28 42 71 Fax : 02 99 28 92 48	Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques Pr. N. RIOUX LECLERCQ Secrétariat : 02 99 28 42 79 Fax : 02 99 28 42 84	Service de Cytogénétique et Biologie Cellulaire Pr. M.A. BELAUD-ROTUREAU Secrétariat : 02 99 28 43 89 Fax : 02 99 28 43 90
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fiche de prescription pour la recherche des altérations somatiques dans le cadre :

COLON RER POUMON GLIOME GIST
 COLON + RER MELANOME TUMEUR DESMOIDE

Contexte de l'analyse : Diagnostic Progression Monitoring

Antécédent connu de mutation : EGFR KRAS NRAS BRAF Autre (à préciser) : _____

Traitement actuel : Aucun traitement Chimiothérapie Autre (à préciser) : _____

EGFR TKI (génération: __) ALK-TKI (génération: __) BRAF-TKI anti-EGFR

A compléter par le médecin prescripteur et à envoyer au pathologiste détenteur du prélèvement

Identification PATIENT	Identification MEDECIN PRESCRIPTEUR
Nom : Prénom : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Date de naissance : Nom de jeune fille : Statut tabagique : <input type="checkbox"/> Non fumeur <input type="checkbox"/> Ancien fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur Paquets/années :	NOM/COORDONNEES : Tel : Fax : !!! Formulaire d'information et de consentement signé par le patient à joindre à cette demande de prescription

A compléter par le pathologiste détenteur du prélèvement

Identification PATHOLOGISTE REFERENT	Identification MEDECIN PRESCRIPTEUR
NOM/COORDONNEES : Tel : Fax :	Type de prélèvement : <input type="checkbox"/> Pièce opératoire <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Date du prélèvement : Date de la prescription : N° bloc d'origine : Type histologique : Localisation du prélèvement :	Etat tumoral : <input type="checkbox"/> Tumeur primitive <input type="checkbox"/> Ganglion <input type="checkbox"/> Métastase
	Type de fixateur utilisé (indispensable) : <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> AFA <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
	Temps de fixation : <input type="checkbox"/> < à 24Hr <input type="checkbox"/> 24 à 48Hr <input type="checkbox"/> > à 48Hr

Important : Tous les fixateurs sont possibles sauf liquide de Bouin et autres fixateurs à base d'acide picrique

Adresser le prélèvement, le double du compte-rendu anatomo-pathologique et cette fiche de prescription à une adresse unique

Pr. Nathalie RIOUX-LECLERCQ
Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
CHU Pontchaillou, 2 rue Henri le Guilloux, 35033 Rennes Cedex 9

Pour nous contacter un email unique : genetique-somatique-cancers@chu-rennes.fr