



Fiche de prescription pour la recherche des altérations somatiques à partir d'une biopsie liquide :

Prélèvement sanguin Liquide pleural Liquide cébrospinal Autre (à préciser) : _____

Dans le cadre d'un cancer : POUMON MELANOME AUTRE (à préciser) : _____

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

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 <input type="checkbox"/> Paquets/années :	NOM/COORDONNEES : Tel : Fax :

Identification du PRELEVEUR	Informations cliniques du patient pouvant aider à l'interprétation des résultats :
NOM/COORDONNEES : Tel : Fax :	- Antécédents : - Stade : - Type histologique : - Etat tumoral : - Nombre de métastases : Ou toute autre information qui vous semble importante
Date du prélèvement : Date de la prescription :	

Prélever sur DEUX tubes Streck « CELL FREE DNA BCT » (REF 218962)

Acheminer dans les 3 jours au laboratoire à température ambiante

Adresser le prélèvement (un tube), et cette fiche de prescription à l'adresse suivante

**Pr. Marie-Dominique GALIBERT
Service de Génétique Moléculaire et Génomique
Laboratoire de Génétique Somatique des Cancers
CHU Pontchaillou – BMT-HC (Niveau +1)
2 rue Henri le Guilloux, 35033 Rennes Cedex 9**

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