

**Prescription d'une analyse de Génétique Constitutionnelle**

<b>Identification du PATIENT</b> (Remplir ou coller étiquette)	<b>Identification de la FAMILLE</b>
Nom .....	<input type="checkbox"/> Nouvelle (Joindre un arbre)
Nom de naissance .....	<input type="checkbox"/> Connue du laboratoire
Prénom .....	Numéro : .....
NIP .....	A défaut, nom : .....
Date de naissance ..... Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<b>Histoire du Patient</b>	<b>Contexte familial</b>

**PRESCRIPTEUR**

Nom du médecin .....	Oncogénéticien référent .....
Service / Hôpital .....	Conseiller en génétique .....
Tél. service .....	

Joindre obligatoirement une **photocopie du consentement** signé par le patient et l'**attestation d'information** signée par le prescripteur

<b>ANALYSE demandée</b>	Date de prescription .....		
<input type="checkbox"/> Cas index	<input type="checkbox"/> Apparenté		
<input type="checkbox"/> Analyse ciblée* - Gène : .....			
<input type="checkbox"/> Criblage - sélectionner un ou plusieurs panel(s) ci-dessous en fonction du Syndrome - la cotation maximale est N351			
Syndrome	Gènes (rayer éventuellement les gènes non souhaités)	Code acte	Gènes analysés et rendus sur demande explicite du prescripteur (cocher les gènes souhaités)
<input type="radio"/> Cancers du sein et de l'ovaire	BRCA1, BRCA2, CDH1, EPCAM <sup>§</sup> , MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2 <sup>§</sup> , PTEN, RAD51C, RAD51D, TP53	N351	<input type="checkbox"/> STK11 <input type="checkbox"/> SMARCA4
<input type="radio"/> Cancer de la prostate	BRCA1, BRCA2, EPCAM <sup>§</sup> , MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 <sup>§</sup>	N351	<input type="checkbox"/> HOXB13 <sup>§</sup>
<input type="radio"/> Cancer du côlon - polyposes	APC, BMPR1A, EPCAM <sup>§</sup> , MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, PMS2 <sup>§</sup> , POLD1 <sup>§</sup> , POLE <sup>§</sup> , PTEN, SMAD4, STK11	N351	<input type="checkbox"/> AXIN2 <input type="checkbox"/> MSH3 <input type="checkbox"/> NTHL1 <input type="checkbox"/> RNF43
<input type="radio"/> Cancer de l'endomètre	EPCAM <sup>§</sup> , MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 <sup>§</sup> , POLD1 <sup>§</sup> , POLE <sup>§</sup>	N351	<input type="checkbox"/> PTEN
<input type="radio"/> Cancer du pancréas	ATM (variants de classes 4 et 5), BRCA1, BRCA2, CDKN2A, EPCAM <sup>§</sup> , MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2 <sup>§</sup> , STK11, TP53	N351	<input type="checkbox"/> APC <input type="checkbox"/> NEK1, RABL3, RHNO1
<input type="radio"/> Cancer de l'estomac	CDH1, CTNNA1, EPCAM <sup>§</sup> , MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 <sup>§</sup>	N351	
<input type="radio"/> Cancer du rein	BAP1, BRK1 <sup>§</sup> , FH, FLCN, MET, MITF <sup>§</sup> , SDHB, VHL	N350	<input type="checkbox"/> CDKN2B, PBRM1, PTEN, SDHA <sup>§</sup> , SDHC, SDHD, TMEM127
<input type="radio"/> Carcinome papillaire de type 1	MET	N350	
<input type="radio"/> Maladie de von Hippel-Lindau	BRK1 <sup>§</sup> , VHL	N350	
<input type="radio"/> Léiomyomatose	FH	N350	
<input type="radio"/> Mélanome cutané	ACD, BAP1, CDK4 <sup>§</sup> , CDKN2A, MC1R, MITF <sup>§</sup> , POT1, TERF2IP, TERT <sup>§</sup>	N350	<input type="checkbox"/> TINF2 <input type="checkbox"/> NEK11 <input type="checkbox"/> OCA2, TERF1, TERF2, TYR, TYRP1
<input type="radio"/> Mélanome oculaire	BAP1, POT1	N350	<input type="checkbox"/> MBD4
<input type="radio"/> Syndrome DICER1	DICER1	N350	<input type="checkbox"/> DGCR8
<input type="radio"/> NEM2	RET <sup>§</sup>	N350	
<input type="radio"/> Gènes actionnables	APC, BAP1, BRCA1, BRCA2, CDKN2A, EPCAM <sup>§</sup> , FH, FLCN, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, PALB2, PMS2 <sup>§</sup> , POLD1, POLE, PTEN, RAD51C, RAD51D, RET, SDHB, TP53, VHL	N351	Analyse réalisée uniquement en complément d'un panel lié à un syndrome
<input type="radio"/> Demande autre (gène(s) ou syndrome) :			<sup>§</sup> Criblage partiel

<input type="checkbox"/> <b>Urgence</b> (Procédure Rapide d'Analyse Génétique)	Résultat souhaité pour le .....
<input type="checkbox"/> <b>1<sup>er</sup> prélèvement</b>	<input type="checkbox"/> <b>2<sup>e</sup> prélèvement</b>
Date ..... Heure ..... Préleveur .....	Date ..... Heure ..... Préleveur .....
Echantillons primaires (expédition à T° ambiante ; si possible en moins de 48 H, sauf pour le <b>sang hépariné : impérativement en moins de 48 H</b> )	
<input type="checkbox"/> 5 ml de sang EDTA	<input type="checkbox"/> 20 ml de sang hépariné**
<input type="checkbox"/> FTA*** salive <input type="checkbox"/> FTA*** sang	<input type="checkbox"/> FTA*** salive <input type="checkbox"/> FTA*** sang
<input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Autre .....

\*Si la mutation a été identifiée dans un autre laboratoire, joindre le compte rendu à la prescription ; \*\*Pour conservation de lymphocytes viables (préciser le motif) ; \*\*\*Uniquement pour les mutations ponctuelles, les FTA ne sont pas utilisables pour les grands réarrangements.

**Partie réservée au laboratoire - service C.O.R.E BIOPATH**

Conformité  Oui  Non **Signature :**

Nombre d'échantillons primaires :

## Merci de compléter les informations suivantes pour les cas de mélanomes

### Données épidémiologiques : pays de naissance

- Patient/cas index : .....
- Mère : ..... Père : .....
- Grands-parents maternels : ..... Grands-parents paternels : .....

### Caractéristiques physiques

- Taille : ..... Poids : ..... ou BMI : .....
- Couleur de la peau :  Très claire  Claire  Mate  Noire  Jaune
- Couleur des cheveux :  Roux  Blonds  Châtain clair  Châtain foncé ou Noirs
- Couleur des yeux :  Bleus ou Gris  Verts ou Noisette  Bruns ou Noirs
- Taches de rousseur dès l'enfance :  Oui  Non
- Nombre de nævi :  Moins de 10  10 à 50  Plus de 50  Plus de 100
- Nævi atypiques :  Oui ; précisez le nombre : .....  Non Nævus congénital :  Oui  Non
- Aptitude au bronzage :  Ne bronze pas, attrape systématiquement des coups de soleil  
 Bronze difficilement, attrape souvent des coups de soleil  
 A parfois des coups de soleil, bronze progressivement  
 Attrape peu de coups de soleil, bronze bien  
 N'attrape jamais de coups de soleil
- Lentigines du dos :  Oui  Non Elastose solaire du visage :  Oui  Non
- Kératose(s) solaire(s) :  Oui ; précisez le nombre et l'âge de la première : .....  Non

### Facteurs environnementaux et/ou comportementaux

- Coups de soleil avec bulles avant 15 ans :  Oui  Non après 15 ans :  Oui  Non
- Séjour dans des pays ensoleillés :  Oui ; précisez, (Pays, durée) : .....  Non
- Exposition aux ultraviolets artificiels :  Oui ; précisez le nombre de séances : .....  Non
- Métier : .....
- Tabagisme :  Fumeur  Ancien fumeur  Non fumeur

- **Immunodépression** :  Oui ; précisez : .....  Non
- **Maladie neurodégénérative** :  Parkinson  Autre : .....  Non

### Antécédents personnels de cancers (alternativement joindre les comptes rendus anatomo-pathologiques)

#### Mélanome

Type histologique :  SSM  Dubreuilh  A.L.M.  Nodulaire  Muqueux  Spitzoïde  Inclassable  
 Localisation : Breslow : Nombre de mitoses par mm<sup>2</sup> : Mutation *BRAF* :  *NRAS* :  *C-KIT* :   
 Date d'exérèse : Niveau de Clark : Ulcération :  Oui  Non Ganglion sentinelle :  Oui  Non  
 Classification AJCC : Régression :  Oui  Non Naevus préexistant :  Oui  Non Envahi :  Oui  Non

#### Mélanome N°2

Type histologique :  SSM  Dubreuilh  A.L.M.  Nodulaire  Muqueux  Spitzoïde  Inclassable  
 Localisation : Breslow : Nombre de mitoses par mm<sup>2</sup> : Mutation *BRAF* :  *NRAS* :  *C-KIT* :   
 Date d'exérèse : Niveau de Clark : Ulcération :  Oui  Non Ganglion sentinelle :  Oui  Non  
 Classification AJCC : Régression :  Oui  Non Naevus préexistant :  Oui  Non Envahi :  Oui  Non

#### Cancer du Pancréas

Date de diagnostic :  
 Classification pTNM :

#### Cancer du Rein

Date de diagnostic :  
 Type histologique :  
 Classification pTNM :

#### Autre cancer : .....

Date de diagnostic :  
 Type histologique :  
 Classification pTNM :

Renseignements complémentaires :

### Antécédents familiaux de cancers (joindre un arbre généalogique, à défaut remplir ci-dessous)

Lien de parenté :	Lien de parenté :	Lien de parenté :
Age au diagnostic :	Age au diagnostic :	Age au diagnostic :
Localisation :	Localisation :	Localisation :
Type histologique :	Type histologique :	Type histologique :

**Antécédents familiaux de maladie neurodégénérative** :  Parkinson  Autre : .....  Non  
 Lien de parenté :