BON DE DEMANDE DE RECHERCHE DE MUTATIONS SOMATIQUES DES GENES BRCA1/2 DANS LES TUMEURS OVARIENNES

Cette fiche de transmission est à joindre à toute demande de test moléculaire des gènes BRCA1 et BRCA2

LABORATOIRE DE GENETIQUE DES TUMEURS SOLIDES 5ème étage Faculté de médecine 28 Av de Valombrose 06107 Nice cdx 02
Tel: 04 93 37 70 12 Fax: 04 92 03 75 29 @mail : lgts-sec-past@chu-nice.fr

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance :

Etiquette identification patiente

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom :
Prénom :
Etablissement de Santé :
Adresse :

Tel ☎ : Fax :
@Mail :

IDENTIFICATION DU PATHOLOGISTE

Nom :
Prénom :
Etablissement de Santé :
Adresse :

Tel ☎ : Fax :
@Mail :

PRELEVEMENT

Date de prélèvement : **Date de la demande :**
Référence Anatomopathologique :
Type de prélèvement : Pièce Opératoire ☐ Biopsie ☐ Cytologie ☐
Tumeur Primaire ☐ Métastase ☐
Bloc paraffine ☐ Coupes formol paraffine ☐ ADN (quantité µl, concentration ng/ml) ☐

Pourcentage de cellules tumorales de la zone sélectionnée : **%**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

TYPE DE CANCER : Ovaire séreux de haut grade ☐ Ovaire (autres) ☐ Localisation métastatique ☐……

CONSULTATION D'ONCOGENETIQUE :

- OUI ☐ date : Onco-généticien :
- EN COURS ☐ date prévue le : Onco-généticien :

STADE DE LA MALADIE :

- Initial ☐
  L'analyse somatique ne sera effectuée qu'après consultation d'oncogénétique suivie d'une analyse constitutionnelle montrant une absence de mutation (merci de joindre le résultat)

- Rechute ☐ date :
  L'analyse somatique sera effectuée si statut BRCA inconnu, dans les cas où il n'est pas possible d'attendre le résultat de l'analyse constitutionnelle

PRELEVEMENT AVANT CHIMIOTHERAPIE : OUI ☐ NON ☐

RECHERCHE DE MUTATION CONSTITUTIONNELLE :

- Négative ☐ date : Laboratoire effecteur :
- En cours* ☐ date : Laboratoire effecteur :