

Bon de demande Etude des gènes **BRCA1** et **BRCA2**

Génétique et oncologie moléculaire

Tél : 04 72 80 25 77 • Fax : 04 72 80 25 79

Email : Secretariat.Genetique@biomnis.eurofinseu.com

Cachet ou étiquette code barre
de l'hôpital ou du laboratoire

Facturation

 Laboratoire Tiers payant

N° de Correspondant

PATIENT

N° Identifiant Patient Permanent* : _____

Nom* : Nom de naissance* :

Prénom* :

 Date de naissance*/** : _____ Sexe* : F M

Adresse* :

CP* : _____ Ville* :

Pays* : Tél.* : _____

Email* :

*Champs obligatoires

**Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les titulaires de l'autorité parentale.

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

N° RPPS* : _____

Nom du médecin :

Adresse :

CP : _____ Ville :

Pays :

Tél. : _____ Fax : _____

INFORMATIONS OBLIGATOIRES SI FACTURATION TIERS PAYANT

***Renseigner obligatoirement les champs Sécurité Sociale et mutuelle ci-dessous

(informations disponibles sur l'attestation de droits à l'Assurance maladie)

Organisme de rattachement sécurité sociale*** : _____ Code gestion** : _____

N° de sécurité sociale*** : _____

Informations mutuelle*** : Nom de la mutuelle :

N° AMC (Assurance Maladie Complémentaire) : N° adhérent :

ANALYSE DEMANDÉE

 BRCA1 et BRCA2 gènes entiers (étude des régions exoniques et introniques) (code analyse **BRCAN**)

 Analyse ciblée (*préciser la variation*) : (code analyse **SEPOS**)

A noter : Pour réaliser cette recherche, l'analyse du cas index (patient) doit avoir été réalisée par notre laboratoire.

Si cela n'est pas le cas, un échantillon d'ADN d'un cas positif pour permettre un contrôle positif est requis.

En cas de difficulté, merci de nous contacter.

Bon de demande

Etude des gènes *BRCA1* et *BRCA2*

ARBRE GÉNÉALOGIQUE

Origine géographique* :
 (*la fréquence et la distribution des variations varient selon l'origine géographique/ethnique)

Consanguinité : OUI (préciser sur l'arbre) NON

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

(Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 -
arrêté du 27 mai 2013)

Je soussigné
Docteur en médecine, certifie avoir apporté à mon (ma) patient(e)

M.....
les informations définies selon l'article R.1131-4 du décret n°2008-321 du 4 avril 2008 du code de santé publique et de l'arrêté du 27 mai 2013 et avoir recueilli le consentement éclairé de mon (ma) patient(e) dans les conditions prévues à l'article R.1131-5.

Fait à

Le | | | | |

Signature du médecin

Je soussigné(e) M..... reconnais avoir reçu et compris les informations sus-décrites et donne mon consentement à la réalisation de l'analyse de génétique, conformément aux articles R.1131-4 et R1131-5 du code de la santé publique et de l'arrêté du 27 mai 2013.

Fait à

Le | | | | |

Signature du patient

INDICATION

- Patient atteint d'un cancer** (pour chaque cas, merci de préciser)
- Indication théranostique (pour prescription de i-PARP) :
.....
- Analyse tumorale évoquant un variant constitutionnel (merci de joindre le compte-rendu) :
- Antécédents familiaux (ou préciser dans l'arbre généalogique) :
.....
- Cancer(s) :
- Autre :
- Patient indemne** (pour chaque cas, merci de préciser)
- Antécédents familiaux évocateurs (ou préciser dans l'arbre généalogique) :
- Prédisposition connue : voir Indication "**Enquête familiale**" ci-après
- Autre :
- Enquête familiale** : Recherche d'une variation connue dans la famille (merci de joindre le compte-rendu de résultat positif)
- 1^{er} prélèvement 2^{ème} prélèvement pour confirmation d'un résultat positif