eurofins | Biomnis

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

DIVISION INTERNATIONALE
Tél. : **+33 (0)4 72 80 23 85** • Fax : **+33 (0)4 72 80 73 56**
E-mail : **international@biomnis.eurofinseu.com**

Correspondant

PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Sexe : ☐ F ☐ M

Pays : .....

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Pays : .....

Tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

ANALYSE DEMANDÉE

☐ BRCA1 et BRCA2 gènes entiers (étude des regions 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.

ARBRE GÉNÉALOGIQUE

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

Consanguinité : ☐ OUI *(préciser sur l'arbre)* ☐ NON

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)*

☐ 1er prélèvement ☐ 2ème prélèvement pour confirmation d'un résultat positif

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