

Test tumoral permettant d'orienter les décisions de traitement par inhibiteurs de PARP.

MYRIAD
myChoice[®] CDx^{PLUS}



Myriad Genetic Laboratories, Inc.
320 Wakara Way
Salt Lake City, Utah 84108
États-Unis d'Amérique
customersupport@myriadgenetics.eu

Myriad Genetics GmbH
Leutschenbachstrasse 95
8050 Zurich - Suisse
www.myriadgenetics.eu

COLLEZ UNE ÉTIQUETTE CODE-BARRES ICI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TEST

- ✓ Veuillez remplir intégralement le formulaire afin d'éviter tout retard
- ✓ Veuillez remplir le document en LETTRES MAJUSCULES

PATIENT

Date de naissance (JJ-MMM-AAAA) :

Sexe : féminin masculin

N° d'identification du patient :
(propre à votre établissement de santé)

DONNÉES DE FACTURATION (COMMUNIQUÉES PAR MYRIAD)

N° d'identification du payeur* : _____
ou
N° de recherche* : _____
ou
N° de coupon* : _____

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :	Titre :
Prénom :	N° d'identification clinique : (communiqué par Myriad)*
Établissement :	
N°, rue :	
Code postal, ville :	Téléphone de jour :
Pays :	Fax :
E-mail : _____	

*Afin d'obtenir, au préalable, ces identifiants indispensables pour effectuer la demande de test, veuillez contacter Myriad à l'adresse e-mail : info.mychoicedxplus@myriadgenetics.fr

TEST DEMANDÉ

myChoice Europe - Myriad myChoice[®] CDx PLUS est utilisé pour détecter le déficit de recombinaison homologue (HRD) en évaluant le statut du score d'instabilité génomique (GIS) et le statut mutationnel de *BRCA1/BRCA2* de la tumeur dans l'ADN génomique extrait d'échantillons tumoraux. Les résultats aident à déterminer l'éligibilité des patientes, présentant un cancer de l'ovaire, au traitement par certains inhibiteurs de la poly (ADP-ribose) polymérase (PARP) conformément aux indications approuvées du médicament. De plus, les analyses de séquençage et des réarrangements importants sont effectuées sur toutes les régions analysables des gènes suivants qui ont été validés analytiquement en utilisant plusieurs types de cancer : *ATM, BARD1, BRIP1, CDK12, CHEK1, CHEK2, FANCL, PALB2, PPP2R2A, RAD51B, RAD51C, RAD51D* et *RAD54L*.

Veuillez vous reporter aux spécifications techniques pour obtenir des informations plus détaillées sur le test Myriad myChoice[®] CDx PLUS.

SIGNATURE AUTORISÉE (médecin/professionnel de santé)

Par la présente, j'autorise le test et confirme que le patient a donné son consentement éclairé concernant l'envoi de tissu à Myriad, aux Etats-Unis, pour analyse. Je confirme que ce test est nécessaire du point de vue médical et que les résultats seront utilisés pour la prise en charge médicale du patient et les décisions thérapeutiques le concernant. Je déclare que les données cliniques figurant sur ce formulaire de demande de test sont correctes et qu'elles se rapportent au patient mentionné ci-dessus. J'atteste que la personne indiquée dans la rubrique consacrée au médecin prescripteur ci-dessus est autorisée par la loi, dans la juridiction compétente, à commander le test demandé sur le présent document.

Signature du médecin prescripteur/professionnel de santé

Date (JJ-MMM-AAAA)

DONNÉES CLINIQUES

 Veuillez renseigner les informations suivantes :

Cancer de l'ovaire (ovaire, trompe de Fallope, péritoine) Cancer du sein

Âge lors du diagnostic : _____ Date de la biopsie / chirurgie :

Date (JJ-MMM-AAAA)

Transmettez ce formulaire de demande de test au laboratoire dans lequel se trouve l'échantillon tumoral.

INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON : À REMPLIR PAR LE PATHOLOGISTE

 (les instructions complètes figurent sur la notice de préparation et d'envoi de l'échantillon).

Les échantillons doivent de préférence contenir **au moins 20 %** de tumeur par examen pathologique. Une teneur insuffisante en ADN tumoral dans l'échantillon tumoral fourni peut entraîner l'échec de la composante "statut du score d'instabilité génomique (GIS)" du test.

Pour obtenir un kit de prélèvement d'échantillon, veuillez nous contacter à : info@myriadgenetics.fr

Type de tissu fourni (par exemple, ovaire) :	N° d'identification de l'échantillon* _____
<input type="checkbox"/> L'échantillon fourni est du tissu fixé* * Seuls les tissus fixés peuvent être testés au moyen de Myriad myChoice [®] CDx PLUS. Des coupes fixées au formol et incluses dans la paraffine (FFPE) sont préférables lorsque celles-ci sont disponibles. Les échantillons traités avec d'autres fixateurs peuvent cependant également être testés.	* Numéro d'identification de l'échantillon tel qu'il apparaît sur les blocs de tissu ou les lames fournis à Myriad. Les numéros d'identification fournis doivent correspondre exactement à l'échantillon fourni et au compte-rendu anatomo-pathologique anonymisé. Dans le cas contraire, le test sera retardé.

REMARQUE : UNE COPIE DU COMPTE-RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE ANONYMISÉ DOIT ÊTRE ENVOYÉE AVEC L'ÉCHANTILLON.

RETOUR DE L'ÉCHANTILLON

Je demande le retour de l'échantillon restant.*

Prénom et nom : _____ Adresse complète : _____

E-mail / Téléphone : _____ *Si aucune adresse n'est fournie, tout tissu tumoral restant après le test sera détruit et ne pourra être retourné.

RÉSERVÉ À UN USAGE INTERNE : Centre de facturation BIE _____

Pour obtenir des informations, ou pour toute question relative à la politique de confidentialité de Myriad, veuillez consulter notre site Internet à l'adresse : <https://myriadgenetics.eu/>