

**Formulaire de demande de recherche de mutations somatiques**

PATIENT	
NOM Prénom :	_____
Nom de naissance :	_____
Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N
Date de naissance :	____ / ____ / _____

MEDECIN PRESCRIPTEUR	
NOM Prénom :	_____
Etablissement de santé de rattachement :	_____
Date de prescription :	____ / ____ / _____
Autres destinataires du CR :	_____

PATHOLOGISTE RESPONSABLE DU DIAGNOSTIC	
NOM Prénom :	_____
Etablissement :	_____

PRELEVEMENT	
N° bloc :	_____
Date de prélèvement :	_____
Identification du préleveur :	_____
Tissu d'origine suspecté :	_____

Lors de cas particuliers (urgence, problème de qualité, ...), seuls les hotspots relatifs à l'origine de la maladie peuvent être recherchés (panel AMM uniquement)

- ALK (IHC) (Uniquement sur échantillons tissulaires)
- CD8 (IHC) (Uniquement sur échantillons tissulaires)
- PDL1 (IHC) (Uniquement sur échantillons tissulaires)
- ROS (IHC) (Uniquement sur échantillons tissulaires)

<input type="checkbox"/> Panel AMM (20-100 kb) :	<input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Mélanome <input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> Autre : _____	Gènes du panel : ALK, BRAF, EGFR, ERBB2 (HER2), KIT, KRAS, MAP2K1, MET, NRAS, PDGFRA, TP53, RET, RB1, STK11, KEAP1, FGFR1, FGFR2, FGFR3, FGFR4, CTNNB1, PIK3CA, ROS1. Si biopsie liquide, mutation connue : _____
<input type="checkbox"/> Panel Gynéco (20-100 kb) :	<input type="checkbox"/> Ovaire <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Cholangio-carcinome <input type="checkbox"/> Endomètre <input type="checkbox"/> Autre origine : _____	Gènes du panel : BRCA1, BRCA2, PALB2, RAD51B, RAD51C, RAD51D, BRIP1, ATM, CHEK2, NBN, RAD50, BARD1, FANCA, PI3KCA, AKT1, TP53, PTEN, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, POLE, KRAS, NRAS, BRAF, ARID1A, FOXL2, CDK12, DICER1, SMARCA4, KMT2B, PPP2R1A, CTNNB1, IDH1, IDH2, STK11, ERBB2.
<input type="checkbox"/> Score HRD (GIS Myriad MyChoice)	Si prescription simultanée d'une analyse BRCA1/2 tumorale, score HRD à faire <input type="checkbox"/> si BRCA1/2 sont non mutés <input type="checkbox"/> quel que soit le statut BRCA	
<input type="checkbox"/> Panel MMR somatique (20-100kb) Gènes MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 <b>Après validation de l'indication en RCP oncogénétique.</b>		
<input type="checkbox"/> ESR1 (Si biopsie liquide, mutation connue : _____)		
<input type="checkbox"/> MSI (Uniquement sur fragments tissulaires, joindre du tissu sain si possible)		
<input type="checkbox"/> Exome (nécessite 1 tube EDTA) (détail des gènes sur demande)		
<input type="checkbox"/> RNAseq théranostique dont NTRK1-2-3, RET, ALK, ROS1 (liste sur demande) <input type="checkbox"/> RNAseq diagnostique (détail des gènes sur demande)		

Pour les biopsies liquides, utiliser des tubes Cell Free DNA (disponibles sur demande au laboratoire)

**Pièces à joindre avec la présente demande :**

copie de la prescription initiale, compte-rendu anatomopathologique, échantillon(s)

Responsable de l'Unité de Biologie Moléculaire : Romain BOIDOT – rboidot@cgfl.fr  
Tél : 03 45 34 81 20 – Fax : 03 80 73 77 82 – laboratoiregenetiquemoleculaire@cgfl.fr

**Signature moléculaire Endopredict® page 2**

Indexation : N° dossier SIL  
Lieu de stockage / utilisation : A la demande  
Durée d'utilisation : A la signature de la demande

Mode d'archivage : Electronique (Scan)  
Lieu d'archivage : SIL  
Référence BMS : FM/PA/BM/2670.6

**Formulaire de demande de signature moléculaire Endopredict®**

PATIENT	
NOM Prénom :	_____
Nom de naissance :	_____
Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N
Date de naissance :	____ / ____ / ____

MEDECIN PRESCRIPTEUR	
NOM Prénom :	_____
Etablissement de santé de rattachement :	_____
Date de prescription :	____ / ____ / ____
Autres destinataires du CR :	_____

PATHOLOGISTE RESPONSABLE DU DIAGNOSTIC	
NOM Prénom :	_____
Etablissement :	_____
_____	_____

PRELEVEMENT	
N° bloc :	_____
Date de prélèvement :	_____
Type de prélèvement :	_____
Tissu d'origine suspecté :	_____

Résultat des récepteurs aux œstrogènes :     Négatif                       Positif

Résultat des récepteurs à la progestérone :     Négatif                       Positif

Résultat du statut *HER2* :                       Négatif                       Positif                       Equivoque

Classification TNM de 2009 :                      pT    \_\_\_\_                      pN    \_\_\_\_                      pM    \_\_\_\_

Taille de la tumeur (exprimée en mm) :                      \_\_\_\_ x \_\_\_\_ x \_\_\_\_

Nombre de ganglions envahis :                      \_\_\_\_\_

*Responsable de l'Unité d'Anatomopathologie : Dr Laurent ARNOULD – larnould@cgfl.fr*  
*Tél : 03 80 73 75 14 – Fax : 03 80 73 77 17 – laboratoireanapath@cgfl.fr*

**Recherche de mutation somatique page 1**

Indexation : N° dossier SIL  
Lieu de stockage / utilisation : A la demande  
Durée d'utilisation : A la signature de la demande

Mode d'archivage : Electronique (Scan)  
Lieu d'archivage : SIL  
Référence BMS : FM/PA/BM/2670.6