



BON DE PRESCRIPTION D'ANALYSES DE GENETIQUE MOLECULAIRE DES TUMEURS SOLIDES

Identification PATIENT

NOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

NOM NAISSE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PRENOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

SEXE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

NE(E) LE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Identification LABORATOIRE D'ANATOMOPATHOLOGIE

COORDONNEES :

Identification PRESCRIPTEUR

NOM :

HOPITAL/SERVICE :

TEL :

MOTIF DE L'ANALYSE : Cliquez ou appuyez ici

SIGNATURE :

PARTIE A REMPLIR PAR LE PATHOLOGISTE (Joindre le double du Compte-Rendu Anapath)

Date prélèvement:

Date de prescription : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date d'envoi à la plateforme: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Matériel envoyé: ☐tumeur primitive ☐métastase

Réf du bloc envoyé + lame HES (n° dossier laboratoire d'origine) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Réf du bloc envoyé (n° dossier laboratoire CHU) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Pathologiste initial : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Site du prélèvement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte

Type de prélèvement : ☐biopsie ☐pièce opératoire ☐cytologie Type

histologique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte Conditionnement :

☐ copeaux TUMEUR (coupe paraffine sur l'ensemble du bloc à 10 µm), bloc n°

nbre de copeaux :

☐ copeaux T.SAIN (coupe paraffine sur l'ensemble du bloc à 10 µm), bloc n°

nbre de copeaux :

☐ macrodissection TUMEUR (sélection d'une zone tumorale prélevée au scalpel), bloc n°

☐ macrodissection T.SAIN (sélection d'une zone saine prélevée au scalpel), bloc n°

☐ lames blanches avec zone tumorale sélectionnée, bloc n°nbrede lames (5 µm) :

☐ autre (à préciser) :

Type de fixateur utilisé: Formol

% de cellules tumorales dans l'échantillon / zone sélectionnée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. % par pathologiste

Nom du technicien ayant procédé à l'échantillonnage + date et heure :

Nom de la personne ayant réceptionné la demande + date et heure :



BON DE PRESCRIPTION D'ANALYSES DE GENETIQUE MOLECULAIRE DES TUMEURS SOLIDES

COLO-RECTAL

- ☐ NGS (panel INCa élargi dont mutations KRAS/NRAS/BRAF)
- ☐ Etude du phénotype RER (MSI)
(+ BRAF et MLH1si instabilité)
 - ☐ Suspicion Lynch
 - ☐ Visée thérapeutique
- ☐ Etude de la méthylation du promoteur de MLH1
- ☐ Autre recherche (à préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

POUMON

- ☐ NGS (panel INCa élargi dont mutations EGFR/KRAS/BRAF/HER 2)
- ☐ Recherche d'un réarrangement ALK ou ROS 1 par FISH
- ☐ Recherche de mutation dans ADN circulant (joindre feuille spécifique p. 4)
- ☐ Recherche de fusions de gènes par RNASeq
- ☐ Autre recherche (à préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

TUMEUR CEREBRALE

- ☐ Recherche de mutations IDH1/IDH2
- ☐ Recherche de la co délétion 1p/19q par CGH (+/- LOH)
(10 copeaux de 10 µm minimum nécessaires)
- ☐ Etude de la méthylation du promoteur de MGMT
- ☐ NGS (panel INCa élargi)
- ☐ Autre recherche (à préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

MELANOME

- ☐ NGS (panel INCa élargi dont mutations BRAF/NRAS/c KIT)
- ☐ Autre recherche (à préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

SARCOMES

- ☐ Recherche de l'amplification MDM2/CDK4 par CGH (10 copeaux de 10 µm minimum)
- ☐ Recherche de fusion génique par FISH ou RNASeq (fusion à préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

SEIN, OVAIRE, ENDOMETRE

- ☐ Amplification HER2 (ERBB2)
- ☐ Recherche de mutations BRCA1/BRCA2 (joindre feuille spécifique p.3)
- ☐ Etude du phénotype RER (MSI)
- ☐ Signature moléculaire EndoPredict (joindre feuille spécifique p.5)
- ☐ Recherche de mutations dans ADN circulant (joindre feuille spécifique p.4)
- ☐ Score HRD/GIS (My Choice) (joindre consentement de la patiente)
- ☐ Autre recherche (à préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

THYROÏDE

- ☐ NGS (panel INCa élargi dont mutations BRAF, RET, ALK)
- ☐ Autre recherche (à préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

GIST

- ☐ NGS (panel INCa élargi dont mutations c KIT, PDGFRa)
- ☐ Autre recherche (à préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ESTOMAC

- ☐ Amplification HER2 (ERBB2)
- ☐ NGS (panel INCa élargi)
- ☐ Autre recherche (à préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

AUTRE ORGANE, préciser :

- ☐ NGS (panel INCa élargi)
- ☐ Recherche de fusions de gènes par RNASeq
- ☐ Autre recherche (à préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PRESCRIPTION DE GENOTYPAGE BRCA SOMATIQUE

A compléter par le médecin prescripteur et à transmettre au pathologiste

Identification Patient

Nom d'Usage :
Nom de naissance :
Prénom :
Sexe : ☐ Femme ☐ Homme
Né(e) le :
Adresse :

Identification Prescripteur

Nom :
Coordonnées :

Tel :
Fax :
Signature :

Renseignements cliniques :

- Date de la demande :
- Date de prélèvement :
- Prélèvement avant chimio : ☐ OUI ☐ NON
- Statut germlinal (constitutionnel) connu : ☐ OUI ☐ NON ☐ En Cours de détermination
- En situation de rechute : ☐ OUI ☐ NON
- Date envisagée du début de traitement anti-PARP :

A compléter par le pathologiste initial

Identification Pathologiste Initial

Nom :
Coordonnées :

Tel :
Fax :

- ❖ Référence du bloc :
- ❖ Site du prélèvement :
 - ☐ Ovaire ☐ Trompes ☐ Péritoine
 - ☐ Autre, préciser :
- ❖ Type de prélèvement : ☐ Biopsie ☐ Pièce opératoire
 - ☐ Autre, préciser :
- ❖ Type de fixateur :
- ❖ Cellularité tumorale :
- ❖ Date d'envoi au laboratoire :

A transmettre au laboratoire d'oncologie moléculaire avec le compte-rendu anatomopathologique

- Bloc représentatif de la tumeur
ou 5 copeaux de 10µ
- Avec cellularité tumorale >30%
- Avant chimio de préférence

A l'adresse suivante : Pr Karayan-Tapon
Laboratoire de Cancérologie Biologique
UBM 1^{er} étage - CHU La Milétrie
2 rue de la Milétrie 86021 Poitiers



Oncologie Moléculaire
Pr Lucie Karayan-Tapon, PU-PH
05-49-44-49-88
lucie.karayan-tapon@chu-poitiers.fr
Dr Claire Villalva-Gregoire, PH
05-49-44-46-22
c.villalva@chu-poitiers.fr
Dr Lucile Cejudo, PH
05-49-44-40-42
lucile.cejudo@chu-poitiers.fr

Recherche de mutations somatiques dans l'ADN circulant

PATIENT :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Sexe : ☐ H ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Motif de la demande :

- ☐ prélèvement tissulaire non réalisable
- ☐ prélèvement tissulaire trop pauvre en cellules tumorales ou bloc de paraffine épuisé
- ☐ ADN déjà extrait de la tumeur mais résultat non contributif

Mutations à rechercher :

❖ POUMON

☐ Primo diagnostic : mutations activatrices du gène EGFR, p.(V600E) de BRAF, p.(G12C) de KRAS

☐ Patient déjà traité :

Mutation EGFR activatrice détectée au diagnostic (**IMPORTANT**) :

Traitement par ITK (*rayez la mention inutile*) : NON / OUI : nom

- ☐ mutations de résistance aux ITK de 1^e et 2^e génération (type erlotinif, afatinib, etc.)
- ☐ mutations de résistance aux ITK de 3^e génération (type osimertinib, etc.)
- ☐ mutations de résistance aux anti-ALK (type crizotinib, céritinib, etc.)
- ☐ autres mutations de résistance (précisez si possible:

❖ AUTRE ORGANE

- ☐ mutations des codons 12 et 13 de KRAS
- ☐ mutation p.(V600E) de BRAF
- ☐ mutation ESR1 (cancer du sein)

PRELEVEMENT :

En cas d'envoi extérieur, provenance :

Date de la demande d'analyse par le clinicien :

Date et heure du prélèvement :

Nom, prénom du préleveur :

Conditionnement du prélèvement :

- ☐ plasma congelé
- ☐ tubes EDTA (20 mL) transport <3H

MEDECINS :

Médecin(s) prescripteur et destinataire(s) du CR :

LABORATOIRE

Date et heure de réception des échantillons par la plateforme hospitalière :

Nom, prénom du technicien ayant reçu le prélèvement :



Pr L.KARAYAN-TAPON, PU-PH
05.49.44.49 88
l.karayan-tapon@chu-poitiers.fr

Dr. C. VILLALVA, PH
05.49.44.4622
c.villalva@chu-poitiers.fr

Dr L. CEJUDO, PHC
05.49.44.40.42
lucile.letienne@chu-poitiers.fr

**SIGNATURE MOLECULAIRE DES CANCERS DU SEIN (Test
ENDOPREDICT)**

Identité patient (ou étiquette)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : ☐ F ☐ H

Médecin prescripteur

Nom : Prénom :
Hôpital -Service :
Date de la demande :
Autres destinataires :

Caractéristiques de la tumeur

Nom/prénom du pathologiste responsable du diagnostic :

Date du prélèvement :

Type de prélèvement ☐ tumorectomie ☐ mastectomie ☐ autre (préciser)

Type histologique :

Référence du bloc FFPE :

Pourcentage de cellules tumorales : établi par :

Date d'envoi des coupes :

Cancer du sein luminal A ☐ B ☐

Statut moléculaire : RE ☐ + ☐ - % RP ☐ + ☐ - % HER2 ☐ + ☐ - % Ki67 %

Grade :

Stade pTNM :

Ou Taille de la tumeur : ☐ T1 mi ☐ T1a ☐ T1b ☐ T1c ☐ T2

Nombre de ganglions envahis : ☐ 0 (pN0) ☐ 1-3 (pN1) ☐ micrométastases (pN1mi)

Matériel, envoi et réception

Deux coupes de 10µm avec plus de 30% de cellules tumorales. Si besoin, effectuer une macrodissection.

Lors de l'envoi, joindre aux coupes ce bon de demande et **le compte-rendu anatomopathologique**.

Date et heure de réception par la plateforme :

Nom et prénom de la personne ayant réceptionné :