

Strasbourg, le

**ORDONNANCE POUR PRISE DE SANG :
Examen génétique**

Nom médecin prescripteur : N° RPPS :

Identité de la personne :
Monsieur/Madame/Mademoiselle :
Nom usuel : *Ou ETIQUETTE PATIENT*
Prénom :
Nom de naissance :
Date de naissance :

Il est inutile d'être à jeun pour cette prise de sang spécifique.
Si d'autres examens de sang sont pratiqués à la même occasion: se référer aux instructions particulières concernant ces autres examens.

A/ Le prélèvement est prévu au Centre Paul Strauss : le patient se présente directement au service de policlinique du lundi au vendredi entre 9h et 16h.

B/ Le prélèvement est pratiqué hors du Centre Paul Strauss : l'établissement préleveur adresse les tubes à l'adresse ci-dessus, sous 24 heures, sous conditionnement étanche, et conformément à la réglementation européenne sur le transport de matériel biologique (ADR). Le laboratoire d'oncogénétique réceptionne les prélèvements du lundi au jeudi de 9h à 16h.

Modalités de prélèvement : Le détail des modalités de prélèvement est consultable sur le site internet du CPS, onglet « Professionnels », sous-onglet « Laboratoires » (<http://www.centre-paul-strauss.fr/>)

Il est impératif de joindre le document au verso « Demande d'examen ».
L'analyse n'est pas facturée. Les frais de prélèvement et d'expédition éventuels peuvent être à la charge de l'intéressé.

Prélèvement à adresser au : Laboratoire d'Oncogénétique, CENTRE PAUL STRAUSS, 3 Rue de la Porte de l'Hôpital – BP 30042, 67065 STRASBOURG Cedex

PRELEVEMENT :	REFERENCE FAMILLE :
NATURE PRELEVEMENT :	<input type="checkbox"/> SANG (2x5 ml sur tube EDTA) <input type="checkbox"/> buvard FTA <input type="checkbox"/> Autre (Préciser) :
Lieu de prélèvement :	<input type="checkbox"/> CPS poli <input type="checkbox"/> CPS autre service (préciser) : <input type="checkbox"/> Laboratoire (nom+adresse à préciser) :
DATE et heure de prélèvement :	A compléter obligatoirement par le préleveur
Identité du préleveur :	
Signature du préleveur :	
CONSERVATION :	<input type="checkbox"/> +4°C <input type="checkbox"/> T° ambiante (pas plus de 6 h.)
Conditions de Transport :	<input type="checkbox"/> +4°C <input type="checkbox"/> T° ambiante

DEMANDE EXAMEN de Gènes de Prédiposition aux cancers
A joindre impérativement au prélèvement et à l'ordonnance (document au recto)

Le prescripteur soussigné certifie sur l'honneur avoir obtenu le consentement éclairé de la personne désignée ci-dessus :

Par délégation du (A rayer si inutile) Dr Date de prescription:

Nom Prénom (conseiller en génétique) Signature :
(A rayer si inutile)

Copie du consentement Consentement déjà remis

Consultation d'oncogénétique CPS CHU HCC (Colmar) CHM (Mulhouse) autre

EXAMEN demandé

BRCA1

BRCA2

Panel NGS

autres

(par défaut BRCA1 et BRCA2 ; résultat autres gènes rendus selon convention)

TYPE de prélèvement :

1^{er} prélèvement Sang (min 10ml - EDTA) FTA Autre (Préciser :)

2^{ème} prélèvement Sang (min 10ml - EDTA) FTA Autre (Préciser :)

ANALYSE Cas index :

Standard

Urgente (à justifier)

Prioritaire (à justifier)

(Délai de rendu de résultat 6 mois)

(Délai de rendu de résultat 1 mois)

(Délai de rendu de résultat 2-3 mois)

Justification des demandes urgentes ou prioritaires :

Chirurgie Modification traitement Autre (Préciser): Délai maximum :
Prophylactique chimiothérapie : Préciser l'essai clinique s'il y a lieu : ou date prochaine consultation :

ANALYSE Apparenté(e) En cas de recherche de mutation connue, préciser N° cas index ou mutation (joindre photocopie si identifiée ailleurs). Deux prélèvements sanguins indépendants sont requis pour vous fournir le résultat :

PATIENT

VOS REFERENCES FAMILLE :

Joindre un arbre
généalogique

Étiquette patient ou

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

N° dossier :

Syndrome évoqué : Sein Sein/ovaire Ovaire autre :

Diagnostic individuel et âge au diagnostic (obligatoire si demande urgente ou prioritaire) :

Type histologique :

Score Manchester : Score Boadicea : Score ONCOSIM :

Autre cancer dans la famille : Digestif/Colon Pancréas Estomac Mélanome

PRELEVEMENT RECEPTION Laboratoire

N° Laboratoire :

DATE de RECEPTION au laboratoire : Heure de Réception :

Signature laboratoire :

Conformité : OUI NON → Date mise en conformité : Vérification Biologiste (visa) :