

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

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

**DEMANDE EXAMEN de Gènes de Prédilection 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<sup>er</sup> prélèvement  Sang (min 10ml - EDTA)  FTA  Autre (Préciser : )

2<sup>ème</sup> 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) :