

**Prescription d'Examen de génétique tumorale :  
Recherche de mutation des gènes BRCA1-BRCA2 en vue  
d'un traitement anti-PARP de tumeur de l'ovaire**

Responsable : Danièle MULLER

Email : [dmuller@strasbourg.unicancer.fr](mailto:dmuller@strasbourg.unicancer.fr) Tél : 03 88 25 24 45



**Laboratoire d'oncogénétique**

**Centre Paul Strauss**

3 rue de la Porte de l'Hôpital

67065 STRASBOURG

Email : [labogenet@strasbourg.unicancer.fr](mailto:labogenet@strasbourg.unicancer.fr)

Tél : 03 88 25 24 45

**1. Cadre réservé au médecin prescripteur**

**Prescripteur et Destinataire du Compte-rendu**

Nom, prénom :

Service/site ou coordonnées :

Tél : Fax :

Email :  
**Signature :** **Date :**

Copie du CR à :

**Identification du patient** ou *Etiquette*

Nom d'usage : Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Sexe : F - M NIP :

N° Référence Famille :

N° référence individu :

**Transmission de la prescription au pathologiste qui détient le matériel** Date : ...../...../..... Nom Anapath :

**Situation clinique**

Organe :  Ovaire  Trompe  Péritoine  autre, précisez.....

Type histologique du cancer:  Séreux de haut grade  autre, précisez.....

Stade du traitement :  Diagnostic initial  Rechute

Réponse aux sels de platine :  Sensible  Partiellement sensible  Résistance  Non évaluable

Date prévue d'initiation du traitement anti-Parp : ...../...../.....

Mutation constitutionnelle recherchée antérieurement:  Oui  Non  Ne sait pas

Si oui,  Résultat non informatif (Neg)  Présence d'un VSI (class3) (joindre une copie du CR si disponible)

Si « Non ou Ne sait pas », prévoir une consultation d'oncogénétique dans les meilleurs délais (en circuit rapide).

**2. Cadre réservé au pathologiste qui a posé le diagnostic**

Identification du laboratoire :

Nom et signature du pathologiste :

Date réception de la demande : ...../...../.....

Référence du bloc envoyé: .....

Date du prélèvement : ...../...../.....

Type de fixateur :  formol  autre.....

*Choix du bloc : avant chimiothérapie de préférence, Bloc avec au moins 30% de cellules tumorales et 5mm<sup>2</sup> de tumeur*

*Transmettre cette fiche à l'IPM - HautePierre. Joindre le double du CR anapath, le ou les blocs tumoraux, un bloc de tissu sain et la lame colorée.*

**3. Cadre réservé à l'IPM et LBM HautePierre : Transmettre cette fiche au laboratoire**

Date réception de la demande : ...../...../.....

Référence du bloc : .....

Type de matériel fourni pour l'examen :  Tissu  paraffiné  congelé  autre

Date de transfert : ...../...../.....

Date d'extraction de l'ADN : ...../...../.....

N° identification ADN :

**4. Cadre réservé au laboratoire d'oncogénétique :**

Date et heure de réception : ...../...../.....

Conformité :

Paraphe :

ADN TM N° Labo :

ADN TS N° Labo :

Tissu paraffiné N° Labo :

Tissu congelé N° Labo :



## Comment compléter la feuille de demande de TEST BRCA1/2 sur TUMEUR ?

### ➤ Prescripteur :

Compléter le cadre N°1

Transmettre au service d'anatomo-pathologie détenant le bloc de tumeur (primitive de préférence)

Envoyer une copie de la demande au laboratoire d'oncogénétique du Centre P. Strauss

### ➤ Anatomo-Pathologiste :

Compléter le cadre N°2

Transmettre à l'IPM (adresse ci-dessous) :

- ✓ cette feuille de demande complétée
- ✓ le bloc de tumeur (*Bloc avec au moins 30% de cellules tumorales et 5mm<sup>2</sup> de tumeur*)
- ✓ un bloc contenant du tissu sain
- ✓ ainsi que les lames colorées
- ✓ et une copie du compte-rendu anapath

### Adresse de l'IPM :

IPM – Interface de pathologie moléculaire  
Département de pathologie  
Hôpital de Hautepierre  
1 Avenue Molière  
67200 STRASBOURG  
Tél. : 03.88.12.71.93

### ➤ IPM :

Compléter le cadre N°3

Transmettre l'échantillon tissulaire au laboratoire