

**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 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

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 :

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 : ☐ Résultat non informatif (Neg ou VSI) ☐ inconnue*

**Si une Consultation d'oncogénétique n'est pas encore réalisée ou prévue, celle-ci est à programmer dans les plus brefs délais.*

☐ Transmission de la prescription au pathologiste qui détient le matériel Date :/...../.....

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 5mm² 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 :