



ONCOGÉNÉTIQUE
PRÉDISPOSITION HÉRÉDITAIRE AUX CANCERS

Joindre impérativement l'attestation de consultation et le consentement signés
(document au verso)

LABORATOIRE PRÉLEVEUR	PRÉLÈVEMENT
N° Client: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C / <input type="text"/>	Date de prélèvement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Cachet obligatoire	2 x 5 mL Sang Total EDTA (Code nature : SGE)

PATIENT(E)	PRESCRIPTEUR
NOM	NOM
PRÉNOM	PRÉNOM
Nom de naissance	Adresse
Adresse	CP Ville
CP Ville	Tél. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fax <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Origine géographique :	Adresse e-mail :
<input type="checkbox"/> Europe <input type="checkbox"/> Afrique du Nord <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne	Signature :
<input type="checkbox"/> Réunion <input type="checkbox"/> Antilles, Guyane <input type="checkbox"/> Asie	

INDICATION	
<p style="text-align: center;"><u>ANALYSE DE PANELS DE GÈNES</u> (Code OPL : OSTAR)</p> <p><input type="checkbox"/> CAS INDEX SYMPTOMATIQUE 1^{er} Prélèvement Joindre impérativement une copie des résultats des tests réalisés sur la tumeur</p> <p><input type="checkbox"/> PATIENT ASYMPTOMATIQUE AVEC ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX Pas de test génétique réalisé chez le cas index ou résultat non disponible 1^{er} Prélèvement</p> <p><input type="checkbox"/> PATIENT ASYMPTOMATIQUE SANS ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX 1^{er} Prélèvement</p>	<p style="text-align: center;"><u>EXAMEN CIBLÉ</u> (Code OPL : OMUT) – B500</p> <p><input type="checkbox"/> CAS INDEX 2^{ème} Prélèvement (Réalisé en cas de 1^{er} Prélèvement positif) Joindre impérativement le compte-rendu du 1^{er} Prélèvement</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Gène(s) à étudier :</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Variant(s) à rechercher :</p> <p><input type="checkbox"/> CAS APPARENTÉ (étude familiale)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 1^{er} Prélèvement <input type="checkbox"/> 2^{ème} Prélèvement (pour confirmation)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Gène(s) à étudier :</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Variant(s) à rechercher :</p>

ANALYSE DE PANELS DE GÈNES – TEST DEMANDÉ (Panels décrits en annexe p.3)	
<p><input type="checkbox"/> Panel pan-cancer (102 gènes) (RIHN : N351)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel complet sein/ovaire et prostate (27 gènes) (RIHN : N351)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel sein restreint (10 gènes) (RIHN : N351)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel sein/ovaire (HBOC) recommandé par le GGC* (13 gènes) (RIHN : N351)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel complet digestif (31 gènes) (RIHN : N351)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel digestif recommandé par le GGC* (14 gènes) (RIHN : N351)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel colo-rectal (24 gènes) (RIHN : N351)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel gastro-intestinal (16 gènes) (RIHN : N351)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel pancréas (15 gènes) (RIHN : N351)</p>	<p><input type="checkbox"/> Panel neuro-endocrine (26 gènes) (RIHN : N351)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel paragangliome-phéochromocytome (12 gènes) (RIHN : N350)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel peau (18 gènes) (RIHN : N351)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel poumon (8 gènes) (RIHN : N351)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel rein/voie urinaire (26 gènes) (RIHN : N351)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel thyroïde (9 gènes) (RIHN : N350)</p> <p><input type="checkbox"/> Rétinoblastome : gène RB1 (RIHN : N350)</p> <p style="text-align: right;">*GGC : Groupe Génétique et Cancer</p>



ONCOGÉNÉTIQUE
PRÉDISPOSITION HÉRÉDITAIRE AUX CANCERS

ATTESTATION DE CONSULTATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR OU DU CONSEILLER EN GÉNÉTIQUE

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) ainsi que ses parents (représentants légaux) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ET de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5).

IDENTITÉ du PATIENT	IDENTITÉ du REPRÉSENTANT LÉGAL	PRESCRIPTEUR
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de Naissance :	Date de Naissance :	
	Si le patient est mineur ou majeur sous tutelle, lien avec le patient :	
Signature	Signature	Signature

ATTESTATION D'INFORMATION ET CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION DU TEST

Je soussigné(e), atteste avoir reçu du :

- médecin généticien : Dr/Pr.....
- conseiller en génétique sous la responsabilité du Dr/Pr.....

Les informations concernant l'examen des caractéristiques génétiques qui m'est proposé, qui sera réalisé à partir :

- du (des) prélèvements biologiques pratiqués sur moi-même
- du (des) prélèvements biologiques pratiqués sur mon enfant ou sur la personne majeure placée sous tutelle

Et consens à l'examen dans le cadre de :

J'ai été informé(e) :

De mon droit à faire à tout moment la demande que cette étude soit interrompue, que les résultats ne me soient pas communiqués, ou que les échantillons stockés soient détruits

Que l'interprétation complète de ces résultats repose, dans certaines situations, sur la définition de la parenté biologique, qui peut être analysée à partir de ces prélèvements.

De ma responsabilité concernant mon devoir d'information familiale, si une anomalie génétique grave dont les conséquences sont susceptibles de mesures de préventions, y compris de conseil génétique, ou de soins était mise en évidence.

Le résultat de cet examen me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur (ou par délégation au conseiller en génétique) en l'état actuel des connaissances dans le cadre d'une consultation de génétique.

J'autorise la conservation d'un échantillon biologique issu de mon prélèvement et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de la même démarche diagnostique , en fonction de l'évolution des connaissances.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La technique utilisée peut éventuellement révéler des informations génétiques sans lien avec la pathologie concernée, mais pouvant avoir un impact sur ma santé ou celle d'apparentés . Je souhaite être informé(e) de ces résultats.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'autorise la transmission d'un échantillon ainsi que des données médicales nécessaires, dont d'éventuelles photographies, à un autre laboratoire pour compléter cette étude génétique .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'autorise l'enregistrement et la conservation des données médicales utiles à la gestion de la démarche diagnostique dans des bases de données informatiques.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans le cadre de la démarche diagnostique, une partie de mon prélèvement peut ne pas être utilisée. J'autorise sa conservation et son utilisation pour des études d'assurance de la qualité interne au laboratoire.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'autorise l'utilisation anonymisée des données médicales et/ou d'une partie des prélèvements dans le cadre de projets de recherche sans bénéfice direct.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au médecin généticien ou conseiller en génétique qui m'a prescrit cette analyse et j'en ai eu des réponses complètes et adéquates.

Fait à le

SIGNATURE :

PANELS GÈNES	Pan-cancer	Complet Sein / Ovaire et Prostate	Sein Restreint	Sein / Ovaire (HBOC) recommandé par le GGC*	Digestif Complet	Digestif recommandé par le GGC*	Colo-rectal	Gastro-intestinal	Pancréas	Neuro-endocrine	Paranglome / Phéochromocytome	Peau	Poumon	Rein / Voie urinaire	Thyroïde	Rétinoblastome
	ACD	✓									✓		✓			
AIP	✓									✓						
ALK	✓									✓						
APC	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓	
ATM	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓				✓			
AXIN2	✓				✓	✓	✓									
BAP1	✓											✓	✓	✓		
BARD1	✓	✓	✓													
BLM	✓				✓	✓	✓									
BMPR1A	✓				✓	✓	✓	✓								
BRCA1	✓	✓	✓	✓					✓							
BRCA2	✓	✓	✓	✓					✓			✓	✓			
BRIP1	✓	✓														
CDC73	✓									✓						
CDH1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							
CDK4	✓								✓			✓				
CDKN1B	✓									✓						
CDKN1C	✓															
CDKN2A	✓								✓			✓	✓			
CDKN2B	✓											✓	✓			
CHEK2	✓	✓	✓		✓	✓	✓								✓	
CTNNA1	✓				✓	✓		✓								
DDB2	✓															
DICER1	✓	✓								✓				✓	✓	
DIS3L2	✓													✓	✓	
EGFR	✓												✓			
EPCAM	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓		
ERCC2	✓															
ERCC3	✓															
ERCC4	✓															
ERCC5	✓															
FANCC	✓															
FH	✓										✓				✓	
FLCN	✓											✓			✓	
GALNT12	✓				✓		✓									
GPC3	✓														✓	
GREM1	✓						✓									
HNF1B	✓															
HOXB13	✓	✓														
HRAS	✓															
KIF1B	✓															
KIT	✓				✓	✓		✓								
LZTR1	✓									✓						
MAX	✓										✓					
MC1R	✓											✓				
MEN1	✓									✓	✓				✓	
MET	✓															
MITF	✓											✓		✓	✓	
MLH1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	
MLH3	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓						
MRE11	✓	✓														
MSH2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓	
MSH3	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓						
MSH6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓	
MUTYH	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓						
NBN	✓	✓														
NF1	✓	✓			✓	✓		✓		✓	✓	✓				
NF2	✓						✓			✓						
NTHL1	✓				✓	✓										
PALB2	✓	✓	✓	✓					✓							
PDGFRA	✓							✓								
PHOX2B	✓									✓						
PMS2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓	
POLD1	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓						
POLE	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓						
POLH	✓															
POT1	✓											✓				
PRKAR1A	✓									✓						
PTCH1	✓											✓			✓	
PTCH2	✓											✓				
PTEN	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓		✓		✓	✓	
RAD50	✓	✓														
RAD51C	✓	✓	✓	✓												
RAD51D	✓	✓	✓	✓												
RB1	✓											✓				✓
RET	✓									✓	✓				✓	
RPS20	✓															
SCG5	✓															
SDHA	✓														✓	
SDHAF2	✓										✓					
SDHB	✓				✓	✓		✓		✓	✓			✓	✓	
SDHC	✓				✓	✓		✓		✓	✓			✓	✓	
SDHD	✓				✓	✓		✓		✓	✓			✓	✓	
SETD2	✓															
SMAD4	✓				✓	✓	✓	✓								
SMARCA4	✓	✓								✓						
SMARCB1	✓									✓						
SMARCE1	✓									✓					✓	
STK11	✓	✓			✓	✓	✓		✓							
SUFU	✓									✓		✓				
TERC	✓															
TERF2IP	✓											✓				
TERT	✓											✓				
TMEM127	✓										✓		✓			
TP53	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
TSC1	✓														✓	
TSC2	✓														✓	
VHL	✓								✓	✓	✓		✓	✓	✓	
WT1	✓														✓	
XPA	✓															
XPC	✓															
XRCC2	✓	✓														