

|                                                                                                                                                                                                       |                       |                                       |                                                                                                                                            |                                                                                     |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|                                                                                                                      | Formulaire            | <b>EXAMEN D'ONCOLOGIE MOLECULAIRE</b> |                                                                                                                                            |  | <b>PLATFORME ONCOMOLPATH</b> |
|                                                                                                                                                                                                       |                       | <b>FORMULAIRE DE DEMANDE HEGP</b>     |                                                                                                                                            |                                                                                     |                              |
|                                                                                                                                                                                                       | Réf. : ANAP/FO/008/V5 | Date d'application : 28/07/2014       | Page : 1/1                                                                                                                                 |                                                                                     |                              |
| <b>Laboratoire de Biochimie</b> (Service du Pr. BEAUNE)<br>UF Pharmacogénétique et Oncologie Moléculaire<br>Contacts : Dr Hélène Blons, Dr Céline Narjoz<br>Tél. : 01 56 09 3935/2435/3882 Fax : 3393 |                       |                                       | <b>Laboratoire d'Anatomopathologie</b><br>(Service du Pr. BRUNEVAL)<br>Contacts : Dr Laure Gibault<br>Tél. : 01 56 09 2336/3886 Fax : 3889 |                                                                                     |                              |

|                |                                        |                                                              |
|----------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Patient</b> | Nom :                                  | Prénom :                                                     |
| Né(e) :        | Date de naissance : ____ / ____ / ____ | Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |

|                                 |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|
| <b>Pathologiste demandeur</b> : | <b>Clinicien référent</b> : |
| Date de la demande :            | Contexte de la demande :    |
| Nom, adresse :                  | Nom, adresse :              |

|                                                                                             |                                                                                                        |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Matériel transmis</b> (Prélèvement fixé de préférence dans du formol moins de 48 heures) |                                                                                                        |                  |
| Date prélèvement :                                                                          | URGENT <input type="checkbox"/>                                                                        |                  |
| Délai prélèvement/fixation :                                                                | Fixateur :                                                                                             | Durée fixation : |
| Diagnostic anatomopathologique (double du CR) :                                             |                                                                                                        |                  |
| Référence laboratoire :                                                                     | Nature: copeaux <input type="checkbox"/> lames <input type="checkbox"/> Blocs <input type="checkbox"/> |                  |
| % de cellules tumorales dans la zone sélectionnée :                                         |                                                                                                        |                  |

**Tumeur primitive : Poumon** ☐ **Colon** ☐ **Mélanome** ☐ **Ovaire** ☐ **Autres tumeurs** ☐ :

|                                                                 |                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Gènes à analyser:</b>                                        | <b>Date réception plateforme :</b>                                      |
| <input type="checkbox"/> Typage colon (KRAS, BRAF, NRAS)        | <input type="checkbox"/> Bétacaténine                                   |
| <input type="checkbox"/> Typage poumon (EGFR, KRAS, BRAF, HER2) | <input type="checkbox"/> Autre typage : .....                           |
| <input type="checkbox"/> Typage mélanome (BRAF, NRAS)           | <input type="checkbox"/> Exome/RNaseq : .....                           |
| <input type="checkbox"/> Phénotype RER (MSI)                    | <input type="checkbox"/> Protocole (joindre demande spécifique) : ..... |

|                                                                                                                                                       |                                                                                 |                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Estimation du % de cellules tumorales (réservé au Service de Pathologie de la plateforme)</b>                                                      |                                                                                 |                                                                                                                    |
| Date de réception : ____ / ____ / ____                                                                                                                | Prélèvement conforme: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           N° d'examen en T         </div> |
| Date de coupe : ____ / ____ / ____                                                                                                                    | Technicien : _____                                                              |                                                                                                                    |
| Copeaux <input type="checkbox"/> ou Macro-dissection <input type="checkbox"/>                                                                         |                                                                                 |                                                                                                                    |
| IHC MSI <input type="checkbox"/>                                                                                                                      | IHC Alk5A4 +3 LB <input type="checkbox"/>                                       |                                                                                                                    |
| LB <input type="checkbox"/> , nombre : _____                                                                                                          |                                                                                 |                                                                                                                    |
| % de cellules tumorales : <10% <input type="checkbox"/> 10-20% <input type="checkbox"/> 20-50% <input type="checkbox"/> >50% <input type="checkbox"/> |                                                                                 |                                                                                                                    |
| Commentaires : _____                                                                                                                                  |                                                                                 |                                                                                                                    |
| Pathologiste : _____                                                                                                                                  | Date : ____ / ____ / ____                                                       | Code ADICAP : ____ / ____ / 0181                                                                                   |