eurofins | Biomnis

Bon de demande
Oncogénétique - Prédisposition héréditaire à la survenue de cancers

Génétique et oncologie moléculaire
Tél : 04 72 80 25 77 • Fax : 04 72 80 25 79
Email : SecretariatGenetique@eurofins-biomnis.com

Facturation	N° de Correspondant	Vos références si demande d'exome
☑ Laboratoire		

Nota Bene : Ces analyses doivent être prescrites lors d'une consultation dédiée réalisée par un oncogénéticien, un conseiller en génétique en lien avec une équipe d'oncogénétique ou un médecin spécialisé avec les compétences en oncogénétique.

L'annuaire national des consultations d'oncogénétique est disponible à cette adresse :
https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogenetique-et-plateformes-de-genetique-moleculaire/Le-dispositif-national-d-oncogenetique

Merci de joindre l'attestation de consultation et le consentement complété avec la demande.

En cas de demande urgente, merci de contacter le secrétariat.

VOTRE DEMANDE D'ANALYSE

• Exome avec détection des CNV (incluant tous les gènes des panels listés ci-après)

Code analyse EXONC [RIHN N352]

1 | Type d'exome et solution d'interprétation

☐ Exome_Diag_Premium	avec interprétation + accès interface SeqOne
☐ Exome_Diag	avec interprétation
☐ Exome_Seq_Premium	données brutes + accès interface SeqOne
☐ Exome_Seq	données brutes

2 | Stratégie

☐ Solo

☐ Autre stratégie (Duo, Trio), précisez :

.....

.....

.....

.....

• Panels de gènes avec détection des CNV

☐ **Panel Sein / Ovaire et Prostate** (15 gènes dont les 13 gènes *HBOC* recommandé par le GGC* : *ATM, BRCA1, BRCA2, CDH1, EPCAM, HOXB13, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, TP53*)
Code analyse EOSOP [RIHN N351]

☐ **Panel Digestif** (14 gènes recommandés par le GGC* : *APC, BMPR1A, CDH1, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, PMS2, POLD1, POLE, PTEN, SMAD4, STK11*)
Code analyse EODIG [RIHN N351]

☐ **Panel Pancréas** (16 gènes : *APC, ATM, BRCA1, BRCA2, CDK4, CDKN2A, EPCAM, MEN1, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, STK11, TP53, VHL*)
Code analyse EOPAN [RIHN N351]

☐ **Panel Rein** (20 gènes : *BAP1, CDKN2B, FH, FLCN, HNF1B, MET, MITF, PBRM1, PTEN, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, SETD2, TMEM127, TSC1, TSC2, VHL, WT1*)
Code analyse EOREI [RIHN N351]

☐ **Panel Peau** (16 gènes : *ACD, BAP1, CDK4, CDKN2A, FLCN, MC1R, MITF, NF1, POLE, POT1, PTCH1, PTCH2, RAD51B, SUFU, TERF2IP, TERT*)
Code analyse EOPEA [RIHN N351]

☐ **Panel Poumon** (15 gènes : *ATM, BAP1, BRCA1, BRCA2, CDKN2A, CHEK2, EGFR, ERBB2, MET, NBN, PRKN, RTEL1, STN1, TP53, VHL*)
Code analyse EOPOU [RIHN N351]

☐ **Panel Neuro-endocrine** (28 gènes : *DLST, DNMT3A, EGLN1, EGLN2, EPAS1, FH, GOT2, LZTR1, MAX, MDH2, MEN1, MERTK, MET, NF1, NF2, RET, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, SLC25A11, SMARCB1, TMEM127, TP53, TSC1, TSC2, VHL*)
Code analyse EONEN [RIHN N351]

☐ **Panel « oncogénétique étendu » incluant les panels sein/ovaire et prostate, digestif, pancréas, rein, peau, poumon et neuro-endocrine :** (75 gènes : *ACD, APC, ATM, BAP1, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, CDH1, CDK4, CDKN2A, CDKN2B, CHEK2, DLST, DNMT3A, EGFR, EGLN1, EGLN2, EPAS1, EPCAM, ERBB2, FH, FLCN, GOT2, HNF1B, HOXB13, LZTR1, MAX, MC1R, MDH2, MEN1, MERTK, MET, MITF, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, NBN, NF1, NF2, PALB2, PBRM1, PMS2, POLD1, POLE, POT1, PRKN, PTCH1, PTCH2, PTEN, RAD51B, RAD51C, RAD51D, RET, RTEL1, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, SETD2, SLC25A11, SMAD4, SMARCB1, STK11, STN1, SUFU, TERF2IP, TERT, TMEM127, TP53, TSC1, TSC2, VHL, WT1*)
Code analyse EOETE [RIHN N351]

☐ **Rétinoblastome** (étude du gène *RB1*, sous traitance à l'institut Curie)
Code analyse CUR10 [RIHN N350]

**GGC : Groupe Génétique et Cancer*

B67 - Mai 2022

- **Analyse ciblée :** ☐ **Séquençage Sanger - Code analyse SEPOS** ☐ **qPCR - Code analyse QPOST**

  ☐ chez un cas index pour confirmation d'un résultat positif (2e prélèvement)

  ☐ chez un apparenté pour enquête familiale (1er prélèvement) si le cas index a été analysé chez nous

  ☐ chez un apparenté pour confirmation d'un résultat positif (2e prélèvement) si le cas index a été analysé chez nous

  Pour les techniques de recherche ciblée par méthode Sanger ou qPCR : joindre la fiche de renseignements R66

- ☐ **« Réinterprétation » ou « Ouverture des filtres » d'une analyse déjà effectuée dans notre laboratoire - Code analyse REINT**

  Précisez le numéro de dossier : ____

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

E-mail : .....

Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cachet du médecin

PATIENT(E) (CAS INDEX)

Vos références

Nom : .....

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Sexe : ☐ F ☐ M

Date de prélèvement : |_|_|_|_|_|_| **Nature de prélèvement :** .....

Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Email : .....

INFORMATIONS RELATIVES AUX APPARENTÉS EN CAS D'EXOME DUO/TRIO/QUATUOR

APPARENTÉ 1 | Nom : ..... Prénom : .....

Vos références

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Sexe : ☐ F ☐ M

Lien de parenté avec le cas index : .....

Date de prélèvement : |_|_|_|_|_|_| **Nature de prélèvement :** .....

☐ Prélèvement joint à celui du cas index ☐ Apparenté non prélevé / Prélèvement non envoyé avec celui du cas index

APPARENTÉ 2 | Nom : ..... Prénom : .....

Vos références

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Sexe : ☐ F ☐ M

Lien de parenté avec le cas index : .....

Date de prélèvement : |_|_|_|_|_|_| **Nature de prélèvement :** .....

☐ Prélèvement joint à celui du cas index ☐ Apparenté non prélevé / Prélèvement non envoyé avec celui du cas index

APPARENTÉ SUPPLÉMENTAIRE | Nom : .....

Vos références

Prénom : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Sexe : ☐ F ☐ M Lien de parenté avec le cas index : .....

Date de prélèvement : |_|_|_|_|_|_| **Nature de prélèvement :** .....

☐ Prélèvement joint à celui du cas index ☐ Apparenté non prélevé / Prélèvement non envoyé avec celui du cas index

B67 - Mai 2022

INDICATION

Arbre généalogique

Origine géographique* : .....
*(*la fréquence et la distribution des mutations varient en fonction des origines ethniques/géographiques du patient)*

Consanguinité : ☐ OUI *(veuillez l'indiquer dans l'arbre)* ☐ NON

Veuillez annexer le résumé clinique le plus complet du patient ainsi que ses antécédents médicaux.

Des informations cliniques détaillées sont indispensables pour une interprétation précise des résultats.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Type(s) de cancer(s) et âge de survenue : .....

Autres signes cliniques :.....

.....

.....

.....

ANALYSES COMPLÉMENTAIRES RÉALISÉES

(analyse somatique de la tumeur, gènes déjà étudiés, immunohistochimie, statut MSI, HRD , ACPA, imagerie …)

☐ OUI ☐ NON

Veuillez préciser le type d'analyse / gènes ainsi que les résultats obtenus ou joindre un CR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

eurofins | Biomnis

Attestation de consultation et Consentement de génétique

Génétique et oncologie moléculaire
Tél : 04 72 80 25 77 • Fax : 04 72 80 25 79 • Email : SecretariatGenetique@eurofins-biomnis.com

CONSENTEMENT POUR L'EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE ET LA CONSERVATION D'ÉCHANTILLONS*

Identification du Patient Nom : .....Prénom : .....
Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Identification du(des) représentant(s) légal(aux)
(le cas échéant) Nom : .....Prénom : .....
(le cas échéant) Nom : .....Prénom : .....

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par :

☐ Dr .....

☐ Conseiller en génétique..... sous la responsabilité du Dr .....
et par délégation de celui-ci

quant à l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé à partir du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) :

☐ Sur moi-même
☐ Sur mon enfant ou sur la personne majeure placée sous tutelle

Pour : *(préciser obligatoirement le nom de la pathologie ou l'indication de l'examen réalisé selon diagnostic étiologique, prédictif, de porteur sain)*

.....

PRISE DE CONNAISSANCE DES INFORMATIONS SUIVANTES :

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet examen et sa finalité.
Je consens à la réalisation dudit examen.

Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin/conseiller en génétique qui me l'a prescrit dans le cadre d'une consultation individuelle. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaires le cas échéant.

J'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information au reste de ma/sa famille. J'ai été averti que mon silence pouvait leur faire courir des risques, ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées. Je pourrai assurer moi-même cette diffusion d''information génétique aux membres de ma/sa famille ou en autoriser le médecin prescripteur.

J'autorise, dans le respect du secret médical : La transmission des informations de mon/son dossier médical aux médecins concernés par cet examen.

Je reconnais que mes/les données personnelles utiles à la gestion de la démarche diagnostique ainsi que le compte-rendu de résultat de mon/son examen seront conservés, de manière papier ou dans des bases informatiques, par le prescripteur et le laboratoire de biologie médicale autorisé à faire l'examen, conformément à la réglementation en vigueur.

Je suis informé que, conformément aux textes en vigueur, mon/son échantillon biologique sera éliminé à l'issue du délai légal de conservation ou, sauf avis contraire de ma part formulé par écrit auprès du secrétariat médical d'Eurofins Biomnis, utilisé ou transféré, de manière anonyme et respectant le secret médical, à des fins scientifiques ou de contrôle qualité.

En outre, rayer les paragraphes en cas de désaccord avec certains des points suivants :

* Je souhaite être informé(e) du résultat de l'examen réalisé.
* Des informations génétiques sans lien direct avec ma/sa pathologie mais pouvant avoir un impact sur ma/sa prise en charge et/ou mon/son traitement ou celle de mes/ses apparentés peuvent être révélées. Je souhaite que ces données me soient transmises :
  ☐ OUI ☐ NON ☐ Non applicable
* J'accepte la transmission et l'utilisation de mes/ses résultats pour une analyse génétique chez d'autres membres de ma famille qui seraient amenés à consulter.
* J'accepte la conservation d'un échantillon de matériel biologique issu de mes/ses prélèvements et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de cette démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.

Fait à ..... ,
le |__|__| |__|__| |__|__|

Signature du patient ou du(des) représentant(s) légal(aux) pour enfant mineur ou majeur sous tutelle

ATTESTATION DE CONSULTATION DU PRESCRIPTEUR**

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) ou son représentant légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement ainsi que des modalités de transmission génétique de la maladie recherchée et de leurs possibles conséquences chez d'autres membres de la famille.
Je certifie avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) sus nommé(e) ou de son représentant légal dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Fait à ..... le .....

Signature et cachet

***RAPPEL QUANT A LA REGLEMENTATION**

***Le médecin prescripteur** doit conserver :*

- *le consentement écrit*
- *les doubles de la prescription et de l'attestation*
- *les comptes-rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés (Art. R1131-5).*

***Le laboratoire autorisé** réalisant les examens doit :*

- *S'assurer de la présence de la prescription, de l'attestation du prescripteur et du consentement écrit du patient*
- *adresser, au médecin prescripteur, seul habilité à communiquer les résultats à la personne concernée, le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien agréé*
- *adresser, le cas échéant, au laboratoire qui a transmis l'échantillon et participé à l'analyse, le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien agréé*

Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 *relative à la bioéthique*

Arrêté du 27 mai 2013 *définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales*

Décret n° 2013-527 du 20 juin 2013 *relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale*

Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 *relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales.*

B67 - Mai 2022