

A remplir par le médecin prescripteur et à transmettre au pathologiste

PRESCRIPTEUR (cachet éventuellement)

Nom-Prénom : _____
 Service/Etablissement : _____
 Date de la prescription : _____
 Signature : _____

PATIENT (étiquette éventuellement)

Nom de naissance (obligatoire) : _____
 Prénom : _____
 Nom d'usage : _____
 Date de naissance : _____
 Genre : F M

EXAMEN PRESCRIT

- Recherche de mutations **BRCA1 / BRCA2** (après information de la personne sur le risque potentiel de prédisposition héréditaire aux cancers du sein/de l'ovaire et sur les conséquences pour elle-même et ses apparentés en cas de résultat positif)
- Test HRD** (myChoiceCDx, Myriad, USA ; cancer épithélial avancé de haut grade de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif)
- Recherche de mutations **BRCA1 / BRCA2** + Test HRD** (myChoiceCDx, Myriad, USA)
- Panel de gènes pour inclusion de la patiente dans l'étude GREAT (dont BRCA1/BRCA2/RAD51C/RAD51D)
- Panel de gènes pour inclusion de la patiente dans l'étude GREAT + Test HRD **

**** Merci de compléter la mention ci-dessous (indispensable au transfert du prélèvement aux USA)**

Je soussigné(e) Dr atteste que la patiente a donné son consentement éclairé concernant l'envoi de tissu tumoral à Myriad aux USA pour analyse.
 Signature _____

A remplir par le pathologiste et à transmettre à l'Unité de Pathologie Morphologique et Moléculaire

PATHOLOGISTE (cachet éventuellement)

Nom- Prénom : _____ Etablissement : _____

PRELEVEMENT (merci de joindre le compte rendu anatomopathologique)

Recommandations

- **Analyse BRCA** : bloc tumoral, > 20% de cellules tumorales au sein du prélèvement
- **Test HRD (exigences laboratoire Myriad)** : Bloc tumoral plutôt que des lames, >30 % de tissu tumoral, durée de fixation < 72h, coupe transversale ≥ 25mm² contenant moins 40 microns de tissu tumoral)
- **Etude GREAT** : un bloc tumoral, 2 à 6 lames blanches de 5µm + 1 lame blanche colorée HE ou HES

Référence du bloc : _____ Date du prélèvement : _____

Type de prélèvement : Pièce opératoire Biopsie Autre (préciser) : _____
 Tumeur primitive Métastase Récidive

Nature du prélèvement : Ovaire Trompe Péritoine Sein Prostate Pancréas Autre : _____

Type histologique : _____

% de tumeur au sein du tissu : _____ % de cellules tumorales au sein de la tumeur : _____ % nécrose : _____

Réservé à l'Unité de Pathologie Morphologique et Moléculaire
 (Dr Yves-Marie Robin, Secrétariat Tél : 03 20 29 59 48)

Date de réception : _____
 N° d'enregistrement : _____
 IPP : _____
 Contrôle morphologique réalisé par : _____
 Commentaires éventuels : _____

Réservé à l'Unité d'Oncologie Moléculaire Humaine
 (Dr Françoise Révillion, Secrétariat Tél : 03 20 29 56 30)

Date de réception : _____
 N° d'enregistrement : _____
 Commentaires éventuels : _____