

GENETIQUE BRCA1 et BRCA2 sur tissu tumoral

Date de prescription	Cachet et signature du médecin demandeur	Autres demandes disponibles PRENATALE (foetus + parents) GYNECOLOGIE (femme + homme) HEREDITAIRE/PHARMACOGENETIQUE
----------------------	--	---

Laboratoire de
Génétique
Hôpital Erasme
808, route de Lennik
1070 Anderlecht
tel : 02/555 41 45

PATIENT	Indications Cliniques	
<p style="text-align: center; color: #0056b3;">Identifiant Patient</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Naissance : / / Sexe : O M O F</p> <p>Rue : N° Bte</p> <p>CP : Commune :</p> <p>CT1/CT2 : / N° mutuelle : /</p> <p>N° NISS :</p>	<p>Carcinomes séreux de haut grade ovarien / tubaire / péritonéal primitive, même en l'absence d'histoire familiale de cancer, en vue de permettre un remboursement du traitement par un inhibiteur de PARP</p> <p>ou</p> <p>Cancer prostatique de haut grade (métastatique d'emblée ou en récurrence biologique).</p> <p>Analyse réalisée en collaboration entre le service d'Anatomo-pathologie de l'hôpital Erasme et le laboratoire de Génétique - Centre de Génétique de l'ULB, site Erasme.</p>	
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 10px;"> <p>Etiquette n° de demande</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; color: #0056b3;">ERASME</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 10px;"> <p>Etiquette n° de secteur</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; color: #0056b3;">ERASME</p> </td> </tr> </table>		<p>Etiquette n° de demande</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; color: #0056b3;">ERASME</p>
<p>Etiquette n° de demande</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; color: #0056b3;">ERASME</p>	<p>Etiquette n° de secteur</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; color: #0056b3;">ERASME</p>	

A envoyer à l'HÔPITAL ERASME - LABORATOIRE DE GENETIQUE MOLECULAIRE
 Fax : 02/555 42 12 ou email : Demande.GenMolHere@erasme.ulb.ac.be
 Pour tout renseignement : tel 02/555 64 43.

Prélèvements et documents à envoyer

- bloc de paraffine de la tumeur

Informations sur l'échantillon :	Référence =
• Date de prélèvement : / /	Heure de prélèvement :
• Date de fixation : / /	Heure de fixation :
• Temps de fixation : <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> < 6 heures <input type="checkbox"/> 6 - 48 heures <input type="checkbox"/> >48 heures	

ou indiquer :

- * l'institution hospitalière dans laquelle a eu lieu la résection chirurgicale :
- * le laboratoire d'anatomopathologie ayant analysé le tissu :

- protocole anatomo-pathologique
- sang (sur EDTA, 2 tubes de 6 ml)
- consentement signé par le(la) patient(e)

Pour être complète, l'analyse doit être réalisée en parallèle sur la tumeur et le sang.

Consentement éclairé en vue d'une analyse génétique

Je suis conscient(e) que si une mutation est détectée dans la tumeur ou dans le sang, même s'il n'y a aucune histoire de cancer autre que la mienne dans ma famille, il est possible que cette mutation soit responsable d'une prédisposition génétique au cancer de l'ovaire et peut-être à d'autres cancers, et que cela pourrait concerner certains autres membres de ma famille.

Je suis conscient(e) également que le test sanguin pourrait mettre en évidence une anomalie responsable d'une prédisposition aux cancers, éventuellement dans d'autres gènes que les gènes BRCA1 et BRCA2.

Je sais que dans ce cadre, il m'est recommandé de prendre rendez-vous en consultation de génétique (Centre de Génétique Humaine de l'ULB, prise de rendez-vous et informations concernant les différents sites de consultations disponibles au 02/555 64 30).

Date et signature du (de la) patient(e) :