

1- A compléter par le prescripteur de l'examen (à transmettre au pathologiste détenteur du matériel)

Patient

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

 Homme Femme N° dossier (uniquement pour les patients du CHU ou du CFB) :

Prélèvement

Date : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| N° CR a natomopathologique :

Centre de prélèvement :

Coordonnées pathologiste détenteur du matériel :

Examen(s) demandé(s)

Date de demande : |_|_| / |_|_| / 20 |_|_|

A visée théranostique (sur tissu tumoral)

Cancer broncho-pulmonaire : Mutations EGFR/KRAS/BRAF/HER2/ALK/Met (panel NGS)
Translocations ALK et ROS RET Amplification cMET

Cancer colorectal : Mutations KRAS/BRAF/NRAS (panel NGS)
 MSI (nécessite du tissu sain)

Mélanome : Mutations BRAF/CKIT/NRAS

Cancer de l'ovaire, trompe, péritoine (haut grade) : Mutations BRCA1/2 (somatique)
 Si une consultation d'oncogénétique n'est pas réalisée ou prévue, elle est à envisager.

Autre : : BRCAness (69gènes)

Oncogénétique

BRCA1/2 et autres gènes de prédisposition aux cancers du sein et/ou des ovaires (**sur tissu sain**)
Joindre le consentement

MSI : recherche d'un syndrome de Lynch (nécessite du tissu sain en plus du tissu tumoral)

.....

Prescripteur

Nom - Prénom : Commentaires /contexte :

Coordonnées :

..... Signature :

Médecin correspondant à qui envoyer une copie des résultats :

2- A compléter par le pathologiste responsable du diagnostic initial

Transmettre ce formulaire, le matériel tumoral et une copie du compte rendu, au choix à l'un des deux services suivants :

Anatomie Pathologique du CHU de Caen
 Av de la côte de Nacre - CS 30001 - 14033 Caen Cedex 9
 Tel : 02.31.06.44.09 Fax : 02.31.06.50.63

Anatomie Pathologique du Centre François Baclesse
 3 Av du Général Harris - BP 5026 - 14076 Caen Cedex 05
 Tel : 02.31.45.50.51 Fax : 02.31.45.50.43

Matériel transmis

Nature : Bloc paraffine (Nombre : - N° :)

Autre :

Type de prélèvement : Pièce opératoire Biopsie Cytoponction Type d'événement : Tumeur primitive Métastase Récidive

Organe : Type histologique :

Type de fixateur : Délai entre le prélèvement et la fixation : Durée de fixation :

Evénement indésirable (décalcification, coloration etc.) :

Pathologiste

Privilégier un prélèvement avant radio/chimiothérapie. Eviter fixation AFA, pas de BOUIN.

Nom - Prénom : Commentaires :

Coordonnées :

..... Signature :

3- A compléter par le pathologiste ayant estimé le pourcentage de cellules tumorales

HES : Avant Après Moyenne Date de lecture : |_|_| / |_|_| / 20 |_|_||_|_| % cellules tumorales (proportion noyaux tumoraux / noyaux non tumoraux) Présence de nécrose : 0 1 2 3Nom - Prénom : Tissu sain (si nécessaire). Nature :