

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	Prénom :	ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse complète		ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
Rue :		
Code postal :		
Ville :		
N° Mutuelle :		
N° Matricule :		
Titulaire :		

### MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :	Copie à :
N° INAMI :	
Adresse :	
Téléphone :	Date et signature :

### PRELEVEMENT (indiquer clairement le nom, prénom et date de naissance du patient **sur tous les tubes**)

Sang / Tube EDTA 10 mL	<b>E</b>	(Conservation entre 2 et 8°C)
Date et heure de prélèvement : .....		Date et heure de réception : .....

#### PATIENT

**A compléter par le patient:** "Je déclare avoir reçu des informations claires sur l'utilité pour moi-même ainsi que pour ma famille de réaliser les analyses demandées. Je m'engage à venir en consultation de génétique pour discussion des résultats si mon oncologue l'estime nécessaire. Aucun résultat de génétique ne peut être transmis par téléphone. Les résultats de ces analyses pourront être utilisés à des fins de prévention/diagnostic pour mes apparentés à risque et je suis d'accord qu'ils soient informés du résultat de mes analyses. »

POUR ACCORD, date : ..... ; Signature : .....

#### MEDECIN

**A compléter par le médecin prescripteur:** « J'ai été informé(e) qu'une consultation en génétique sera nécessaire dans les cas suivants :

- Présence d'une mutation
- Avoir un apparenté au 1er degré présentant un antécédent de cancer du sein, de l'ovaire, de la prostate ou du pancréas
- Avoir un diagnostic de cancer avant l'âge de 45ans

Dans ces cas, les résultats de ces analyses seront transmis à la patiente lors d'une consultation en génétique. Un rendez-vous en consultation de génétique devrait être fixé 3 mois après le prélèvement et la demande d'analyse. »

POUR ACCORD, signature : .....

### STOCKAGE

BIOBANQUE (En cochant cette case, vous avez informé le patient d'un éventuel stockage du surplus d'ADN au sein de la biobanque des maladies génétiques ainsi que du respect de son anonymat. Cet échantillon pourra être utilisé à des fins de recherche. **Dans ce contexte, le consentement éclairé du patient et le formulaire d'information du patient signés ont été obtenus et sont conservés dans le dossier médical du patient**).

### CONTACTS

[dispa.genetique@chuliege.be](mailto:dispa.genetique@chuliege.be)

**Oncogénétique Moléculaire**

Dr Sc. K. SEGERS - Dr Sc. N. LEROI - Dr. E. SEPULCHRE — Secrétariat : 04/366.24.78

**Génétique clinique**

Dr V.BOURS - Secrétariat : 04/366.71.24

## 1. RECHERCHE DE MUTATION GERMINALE

### RECHERCHE DE MUTATION GERMINALE : **BRCA1 & BRCA2**

- **PRÉLÈVEMENT SANGUIN SUR TUBE EDTA, DEUX PRÉLÈVEMENTS INDÉPENDANTS A REALISER !**

#### - INDICATION DE L'ANALYSE **OBLIGATOIRE** :

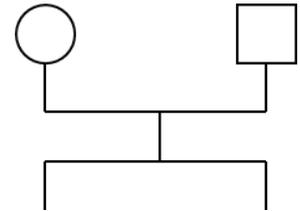
- Cancer de l'ovaire de type épithélial
- Cancer du sein < 35 ans
- Cancer du sein triple négatif < 50 ans
- Cancer du sein métastatique ou localement avancé
- Cancer du sein lobulaire

(Pour toutes autres indications, une consultation en génétique est obligatoire !)

Autres:.....  
.....

Autres antécédents oncologiques personnels et/ou familiaux :

.....  
.....  
.....



- **Délai prévu de l'analyse** : 10-12 semaines

(Rendez-vous en consultation de génétique à fixer 3 mois après le prélèvement)

#### **Si urgence :**

Motif de l'urgence :.....

Délai souhaité :.....

Si < 8 semaines : veuillez prendre contact avec les responsables de l'analyse par e-mail

([natacha.leroi@chuliege.be](mailto:natacha.leroi@chuliege.be) ou [e.sepulchre@chuliege.be](mailto:e.sepulchre@chuliege.be)) ou par téléphone au 04/366.24.73.

## 2. RECHERCHE DE MUTATION SOMATIQUE SUR TUMEUR

### RECHERCHE DE MUTATION SOMATIQUE SUR TUMEUR : **BRCA1 & BRCA2**

- **Analyse germinale déjà réalisée ?**

- Oui
- Non : prélèvement supplémentaire sang sur EDTA recommandé

- **Données cliniques** : .....

- **Référence tumeur** : .....

- **Délai prévu de l'analyse** : +/- 8 semaines

#### **Si urgence :**

Motif de l'urgence :.....

Délai souhaité :.....

Si < 6 semaines : veuillez prendre contact avec les responsables de l'analyse par e-mail

([natacha.leroi@chuliege.be](mailto:natacha.leroi@chuliege.be) ou [e.sepulchre@chuliege.be](mailto:e.sepulchre@chuliege.be)) ou par téléphone au 04/366.24.73.

## CONTACTS [dispa.genetique@chuliege.be](mailto:dispa.genetique@chuliege.be)

Oncogénétique Moléculaire  
Dr Sc. K. SEGERS - Dr Sc. N. LEROI - Dr. E. SEPULCHRE — Secrétariat : 04/366.24.78

Génétique clinique  
Dr V.BOURS - Secrétariat : 04/366.71.24