

## 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
----------------------	--	---

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><b>Carcinomes séreux de haut grade ovarien / tubaire / péritonéal primitive</b>, même en l'absence d'histoire familiale de cancer, en vue de permettre un remboursement du <b>traitement par un inhibiteur de PARP</b></p> <p>ou</p> <p><b>Cancer prostatique de haut grade</b> (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%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;"> <p>Etiquette n° de demande</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; color: #0056b3;">ERASME</p> </td> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;"> <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](mailto: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 :     inconnu                       < 6 heures                       6 - 48 heures                       >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.

### Informations données au patient\*

**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) :

**\*REMARQUE : non limitant pour réaliser l'analyse génétique**