

Fiche Navette - DEMANDE DE CONSULTATION EN ONCOGENETIQUE

HOPITAL Nord – CHU Saint-Etienne

Tel 04.77.82.81.16 – fax 04.77.82.82.59 - oncogenetique@chu-st-etienne.fr



Date : / / 20

Nom du médecin et lieu d'exercice :

ETIQUETTE patient ou :

NOM USAGE NOM NAISSANCE :

PRENOM DATE NAISS :

Raison(s) de la demande de consultation oncogénétique :

- Indication théranostique (ATTENTION, joindre la fiche de demande de consultation à visée théranostique)
Conseil génétique du fait d'antécédents personnels et/ou familiaux évocateurs de prédisposition génétique
En vue d'une chirurgie mammaire : Demande à faire au diagnostic et à justifier (courrier)
Date de chirurgie à préciser obligatoirement :...../...../20....
En vue d'adapter la radiothérapie (cancer sein <35 ans) :
Autre :

Précisions éventuelles concernant votre demande :

A NOTER : Votre patient(e) doit contacter le service par téléphone (04.77.82.81.16) ou mail (oncogenetique@chu-st-etienne.fr) pour que nous puissions prendre en compte la demande de consultation.

PARTIE RESERVEE SERVICE ONCOGENETIQUE

- INDICATION D'ANALYSE GENETIQUE
Parcours classique
Parcours urgent (RDV proposé le :.....)
Autre :

Précisions:

- PAS D'INDICATION D'ANALYSE GENETIQUE

Précisions:

- AUTRE :

Date :.....

Signature :