

**DEMANDE DE CONSULTATION EN ONCOGENETIQUE  
A VISEE THERANOSTIQUE**



**SERVICE DE GENETIQUE – HOPITAL NORD – CHU SAINT ETIENNE**

**TEL 04 77 82 81 16 - FAX 04 77 82 82 59 - [oncogenetique@chu-st-etienne.fr](mailto:oncogenetique@chu-st-etienne.fr)**

<b>Etiquette ou</b> NOM : _____ NOM JEUNE FILLE : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE :  __ _ / __ _ / __ _	<b>DATE DE LA DEMANDE :</b> _____ <b>MEDECIN DEMANDEUR<sup>1</sup> :</b> _____ <b>ETABLISSEMENT :</b> _____ Mail ou téléphone : _____ Autre(s) médecin(s) : _____
--	---

**POUR UNE PRISE EN COMPTE de votre demande d'analyse constitutionnelle l'analyse somatique doit avoir été effectuée au préalable et le résultat doit nous être transmis. Le résultat de cette analyse déterminera l'indication d'analyse et le délai de rendez-vous.**

- RESULTAT JOINT**
- Echec d'analyse (attesté par le laboratoire d'anapath)**

**SEIN HER2-\***

- RH-                       RH+
- N+ :  OUI    nombre :.....                       NON
- Métastases hors ganglions:  OUI     NON
- Réponse incomplète chimio :  OUI     NON

**Où en est le patient dans son parcours de soins ?** .....

.....

.....

**OVAIRE\***     **TROMPES\***  
 **PERITOINE PRIMITIF\***

- Localisation : .....
- Séreux     Autre: .....
- HAUT GRADE     AUTRE préciser :

**Où en est le patient dans son parcours de soins ?** .....

.....

.....

**PANCREAS\***

- Canalaire     Mucineux     Autre: .....
- Progression sous chimiothérapie :  OUI     NON

**Où en est le patient dans son parcours de soins ?** .....

.....

**PROSTATE METASTATIQUE\***

- Histologie : .....
- Résistance à la castration :  OUI     NON
- Progression :  OUI     NON

**Où en est le patient dans son parcours de soins ?** .....

**\* Joindre les comptes rendus histologiques et opératoires**

<b>Date à laquelle le traitement ANTI-PARP serait instauré s'il était indiqué :</b>	..... /..... /.....
---	---------------------

<sup>1</sup> Médecin à qui sera communiqué le résultat des analyses génétiques avec l'accord de la patiente.