

**DEMANDE DE CONSULTATION EN ONCOGENETIQUE EN URGENCE**  
**A VISEE THERANOSTIQUE / CHIRURGIE/ RADIOTHERAPIE**



SERVICE DE GENETIQUE – HOPITAL NORD – 04 77 82 81 16 - FAX 04 77 82 82 59 - oncogenetique@chu-st-etienne.fr  
☞ **Votre patient doit nous contacter directement, un questionnaire familial à remplir lui sera transmis.**

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

**SEIN**

RE :    positif                    négatif  
RP :    positif                    négatif  
HER2 :  positif                    négatif  
N+ :    OUI        NON  
Métastases hors ganglions:  OUI    NON  
Réponse incomplète chimio :  OUI    NON

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

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

**PANCREAS**

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

**PROSTATE METASTATIQUE**

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

**L'analyse somatique doit avoir été effectuée au préalable (sauf demande pour radiothérapie)**

- Documents à joindre :**
- ANALYSE SOMATIQUE** (résultat positif ou négatif)  
☞ En cas d'échec d'analyse fournir la réponse du laboratoire attestant de l'échec
  - Comptes rendus histologiques et opératoires**
  - Comptes rendus de RCP d'oncologie**

**A COMPLETER OBLIGATOIREMENT**

Où en est le patient dans son parcours de soins ?.....  
.....  
Demande pour :  
 **ANTI-PARP** → Date à laquelle ce traitement serait instauré, s'il était indiqué : .....  
 **CHIRURGIE** → Date à laquelle la chirurgie est prévue : .....  
 **RADIOTHERAPIE (TP53:patiente cancer sein<36 ans)** →Date envisagée pour celle-ci :.....

**Toute demande incomplète génère un retard à la prise en charge**

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