

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.**

Etiquette ou NOM : _____ NOM JEUNE FILLE : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _ _ / _ _ / _ _	DATE DE LA DEMANDE : _____ MEDECIN DEMANDEUR ¹ : _____ ETABLISSEMENT : _____ Mail ou téléphone : _____ 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

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