Institut de Pathologie et de Génétique ASBL

Tél. : 071 44 71 81
Fax : 071 34 78 61
www.ipg.be

DEMANDE D'EXAMEN – Secteur Cancer héréditaire

N° de réception IPG + code-barre	N° d'analyse IPG + code-barre

IDENTIFICATION DU PATIENT

DEMANDE D'ANALYSE POUR LA RECHERCHE DE PREDISPOSITION GENETIQUE AU CANCER

Attention *: Analyse réalisée uniquement chez un cas index de la famille ayant présenté un cancer.*
Pour toute analyse présymptomatique une consultation de conseil génétique est obligatoire.

Nom : ..... **Prénom** : .....

NISS : ..... **Date de naissance** : ..... / ..... / ..... **Sexe** : ☐ M ☐ F

ou **Vignette mutuelle** ou **Etiquette de l'hôpital avec NISS**

IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Cachet du médecin prescripteur avec **n° INAMI**

Signature :

Hôpital / Institution : .....

Date de la prescription : ..... / ..... / .....

Nom, prénom et adresse du médecin en copie : .....

.....

.....

N° INAMI du médecin en copie : .....

☐ **Résultat urgent :** N° de téléphone si urgence : .....

INFORMATIONS RELATIVES AU PRELEVEMENT

L'analyse est-elle réalisée en vue d'un traitement aux inhibiteurs de PARP ?

☐ **Oui** : Prélèvements requis : 5 ml de sang **Tube EDTA (bouchon mauve)**

Tumeur FFPE : ☐ La tumeur se trouve à l'IPG ☐ La tumeur se trouve à .....

La liste des indications autorisées pour l'analyse des gènes de prédisposition au cancer du sein et de l'ovaire (HBOC) est disponible sur :
https://www.college-genetics.be/assets/recommendations/fr/guidelines/HBOC%20criteria%20for%20starting%20genetic%20analysis_UPDATED%20VERSION.pdf .
Pour l'analyse effectuée sur tumeur, seuls les gènes BRCA1/BRCA2 sont analysés.

☐ **Non** : Prélèvements requis : 5 ml de sang **Tube EDTA (bouchon mauve)**

Date et heure du prélèvement : ..... / ..... / ..... à ..... h .....

Nom et prénom du préleveur : .....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Antécédents personnels :
Âge du diagnostic à préciser ci-dessous

- ☐ Cancer du sein triple négatif
- ☐ Cancer du sein lobulaire
- ☐ Cancer du sein bilatéral
- ☐ Cancer du sein - autre (à préciser ci-dessous)
- ☐ Cancer de l'ovaire séreux
- ☐ Cancer du pancréas
- ☐ Cancer de la prostate
- ☐ Mélanome
- ☐ Cancer du côlon
- ☐ Polypose colique adénomateuse
- ☐ Polypose colique mixte
- ☐ Cancer - autre (à préciser ci-dessous)

Antécédents familiaux :
Âge du diagnostic et lien de parenté à préciser ci-dessous

- ☐ Cancer du sein
- ☐ Cancer de l'ovaire
- ☐ Cancer du pancréas
- ☐ Cancer de la prostate
- ☐ Mélanome
- ☐ Cancer du côlon
- ☐ Polypose colique
- ☐ Cancer - autre (à préciser ci-dessous)

.....

Voir consentement éclairé obligatoire au verso ↳

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (SUITE)

Renseignements cliniques complémentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ en vue d'une ANALYSE GÉNÉTIQUE - OBLIGATOIRE

Identification du patient : Voir en page 1.

J'ai **reçu les informations cliniques nécessaires** de la part du professionnel de santé. Je confirme avoir été **bien informé(e) sur les objectifs et le type d'analyse(s)** qui sera/seront réalisées(s) dans le cadre de la condition médicale mentionnée sur cette demande. Je comprends que des **variants de signification clinique inconnue** pourraient être mis en évidence dans un ou plusieurs gène(s), ne permettant pas de conclure formellement et définitivement quant à leur rôle pathogène.

Avec votre accord, vos **échantillons biologiques non utilisés** seront conservés. • J'accepte qu'ils puissent être utilisés pour vérifier les résultats obtenus, pour des analyses ultérieures et dans le cadre de l'assurance qualité du laboratoire. • J'accepte qu'ils puissent être conservés dans la Biobanque et utilisés à des fins de recherche ou dans le cadre de l'enseignement universitaire.	☐ **Oui** ☐ **Non** ☐ **Oui** ☐ **Non**
Je consens à être informé(e)[1] d'éventuels **résultats secondaires/complémentaires** [2] si ceux-ci ont des implications médicales directes (ex : possibilité de mesures de prévention ou conséquences thérapeutiques) ou peuvent constituer un risque génétique important pour moi ou les membres de ma famille. [1] Selon les connaissances scientifiques actuelles et sur la base des recommandations actuelles du Collège américain de génétique médicale et génomique (ACMG). [2] Variants pouvant être identifiés accidentellement au cours d'un test génétique et associés à une affection autre que celle pour laquelle le test a été initialement indiqué.	☐ **Oui** ☐ **Non**
(Si nécessaire), je consens à ce que mon échantillon, mes données personnelles et la demande de test soient transmis à un laboratoire ou à un institut coopérant spécialisé dans le but de rechercher la maladie susmentionnée.	☐ **Oui** ☐ **Non**
J'accepte que les données et les résultats de tests collectés dans le contexte de la maladie en question puissent être utilisés **sous une forme anonymisée pour la recherche scientifique** et publiés sous une forme anonyme dans des revues médicales (par exemple afin d'améliorer la compréhension des mécanismes moléculaires de la maladie et/ou dans le but de développer de nouvelles possibilités de diagnostic ou de traitement).	☐ **Oui** ☐ **Non**
Je consens à ce que mes données personnelles et les résultats des tests soient conservés au-delà de la période de conservation légale de 10 ans.	☐ **Oui** ☐ **Non**
Je consens à ce que les résultats de mes tests puissent être utilisés dans un but de conseil génétique et de test auprès de membres de ma famille potentiellement à risque.	☐ **Oui** ☐ **Non**

J'ai été informé(e) de mon **droit de retirer mon consentement** à tout moment et sans devoir en indiquer la raison, de mon droit d'interrompre les analyses entamées à tout moment avant la communication des résultats, ainsi que de mon droit d'exiger la destruction de tous mes échantillons.

Fait à : .....

Le : .....

Nom, prénom et signature du patient :

Cachet (ou nom, prénom) et signature du médecin prescripteur :

Les signatures de ce consentement éclairé sont obligatoires pour la réalisation de l'analyse.