



n° réception IPG

n° analyse IPG

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR 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**

IDENTIFICATION PATIENT

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../..... Sexe : M F
Tél. Patient (facultatif) :

Adresse complète :
Rue : n°
Code postal : Localité :
Mutuelle :
NISS :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :
Prénom :
Hôpital/Institution :
rue et n° :
Code postal et Localité :
Téléphone :
N° Inami :
Cachet signature :

Copie à :

Adresse :

Réception :

- Date :/...../.....
- Heure :h.....

ANTECEDENTS PERSONNELS

Age au diagnostic

Cancer du sein triple négatif

Cancer du sein lobulaire

Cancer du sein bilatéral

Cancer du sein autre (à préciser)

Cancer de l'ovaire séreux

Cancer de l'ovaire autre

Cancer du pancréas

Cancer du côlon

Polypose colique adénomateuse

Polypose colique mixte

Cancer du poumon

Cancer autre (à préciser)

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Merci de préciser la nature du cancer, l'âge au diagnostic et le lien de parenté

Cancer du sein

Cancer de l'ovaire

Cancer du pancréas

Cancer du côlon

Cancer de la prostate

Cancer du poumon

Cancer autre (lequel ?)

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

- Oui**
Prélèvements requis → 5ml de sang EDTA
→ Tumeur FFPE → La tumeur se trouve à l'IPG
 La tumeur se trouve à
- Non**
Prélèvements requis 5ml de sang EDTA

ATTENTION : Consentement à faire signer par le(a) patient(e) au verso !

Code non-conformité:

Initiales TL

CONTACT

Fichier téléchargeable à l'adresse : <http://www.ipg.be>

Voir consentement obligatoire (verso)

CONSENTEMENT DE LA PATIENTE OU DU PATIENT *

Consentement établi en 3 exemplaires pour : Patient(e) - Laboratoire - Dossier

Je soussigné(e) : _____

Date de naissance : _____

certifie avoir reçu du Dr _____ une information compréhensible concernant la prédisposition génétique au cancer évoquée dans ma famille. Je l'autorise à me prescrire une prise de sang pour rechercher une anomalie susceptible d'expliquer cette prédisposition.

J'ai compris les points suivants :

1. Les analyses font appel aux techniques de la génétique moléculaire et permettent d'étudier une trentaine de gènes impliqués dans la prédisposition génétique au cancer.
2. Mon ADN sera conservé par le laboratoire
3. Les explorations seront limitées à la maladie pour laquelle j'ai demandé un conseil
4. Les recherches seront effectuées de manière strictement confidentielle et les résultats feront partie de mon dossier médical.
5. J'ai discuté avec mon médecin des avantages et des conséquences du test génétique.
6. J'ai compris que trois types de résultats sont possibles :
 - ↳ **Un résultat négatif.** L'absence de mutation détectée n'élimine pas complètement l'hypothèse d'une prédisposition génétique ni le risque de développer un autre cancer.
 - ↳ **Un résultat positif.** Il confirme la prédisposition génétique et permet d'envisager une prévention ou une thérapie adéquate. Il permet également de tester les membres de ma famille souhaitant savoir s'ils ont hérité ou pas de la même anomalie. Ce test ne sera envisageable que dans le cadre d'une consultation de génétique.
 - ↳ **La mise en évidence d'un variant de signification clinique inconnue.** Dans cette situation, une variation génétique est mise en évidence mais il n'est pas possible de déterminer si elle est responsable de cancers, les connaissances scientifiques étant encore insuffisantes. Aucune thérapie ou prévention ne pourra être basée sur ce résultat et en aucun cas, cette variation ne pourra être utilisée pour déterminer si des membres de ma famille sont à risque de cancer. Une consultation de conseil génétique devrait alors être envisagée.
7. Je peux décider à tout moment de faire interrompre la recherche en cours ou bien de ne pas en connaître le résultat
8. Le résultat des analyses génétiques me sera communiqué dans le cadre d'une consultation avec le Dr _____

Fait à : _____

PATIENT(E)

Nom : _____

Date : _____

Signature : _____

MEDECIN / CLINICIEN

Nom : _____

Date : _____

Signature : _____

(*) A signer obligatoirement pour réalisation de l'analyse