

**PRESCRIPTION ANALYSES MOLECULAIRES CONSTITUTIONNELLES
POUR LES TUMEURS ENDOCRINES**

IDENTIFICATION - PATIENT <i>(Toutes les mentions sont obligatoires)</i>	PRELEVEMENT
Nom marital :	Identité préleveur :
Prénom :	Date de prélèvement :
Nom de naissance :	Heure de prélèvement :
Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F :	<input type="checkbox"/> Tube EDTA, nombre de tubes EDTA prélevés :
Date de naissance :/...../.....	<input type="checkbox"/> ADN
N° dossier :	<input type="checkbox"/> Autres :
N° famille et patient : F.....	
<input type="checkbox"/> Test Initial / Cas index	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} prélèvement
<input type="checkbox"/> Test Prédictif / Apparenté	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} prélèvement

MEDECIN PRESCRIPTEUR	
Nom médecin :	Cachet prescripteur :
Coordonnées :	
Téléphone :	
<input type="checkbox"/> Etablissement public <input type="checkbox"/> Etablissement privé <input type="checkbox"/> Libéral indépendant	
Attestation Décret 2008-321 du 4 avril 2008 : <i>« je certifie avoir informé le (ou la) patient (e) sus nommé (e) des caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, les possibilités de prévention et de traitement et d'avoir recueilli le consentement éclairé du (ou de la) patient (e) dans les conditions de l'article R 1131-4</i> J'atteste avoir ce consentement en ma possession.	
Date : Signature :	

ANALYSES MOLECULAIRES DEMANDEES <small>(cocher et rayer le cas échéant le ou les gènes dont l'analyse n'est pas demandée)</small>
<input type="checkbox"/> RET CMT sporadique ou familial
<input type="checkbox"/> CASR hypoparathyroïdie familiale (sous-traitance)
<input type="checkbox"/> HRPT2 hyperparathyroïdie familiale (sous-traitance)
<input type="checkbox"/> THRA, THRB gènes de résistance aux hormones thyroïdiennes (sous-traitance)
<input type="checkbox"/> VHL (sous-traitance)
<input type="checkbox"/> Autres :



Verso à compléter pour la partie *INDICATION MEDICALE*.

INDICATION MEDICALE

PARAGANGLIOME (PGL) et/ou PHÉOCHROMOCYTOME (PHEO) Année du diagnostic :

PHEO unique PGL thoraco-abdomino-pelvien (extra-surrénal) PGL tête et cou

PHEO bilatéral unique multiple unique multiple

Y-a-t-il des **métastases** : Oui Non

Métanéphrines >N : Oui Non

Normétanéphrines >N : Oui Non

3-Methoxytyramine >N : Oui Non

Résultats (si disponibles) des analyses immunohistochimiques de la pièce tumorale :

SDHB : Positive Négative SDHA : Positive Négative MAX : Positive Négative

CANCER MEDULLAIRE DE LA THYROÏDE (prouvé histologiquement) Année du diagnostic :

Elévation de la calcitonine de base : Oui Non Ne sais pas

HYPERPARATHYROÏDIE Année du diagnostic :

Adénome(s) parathyroïdien(s) Hyperplasie des parathyroïdes Cancer parathyroïdien

unique multiple

Calcémie : < 3,3 mM ≥ 3,3 mM

Elévation de la PTH : Oui Non Ne sais pas

TUMEUR ENDOCRINE DUODÉNO-PANCRÉATIQUE Année du diagnostic :

Unique Multiple

Insulinome Gastrinome Glucagonome VIPome Non fonctionnelle

Autre, préciser :

TUMEUR HYPOPHYSAIRE Année du diagnostic :

Macroadénome Microadénome

Prolactine GH Autre, préciser :

AUTRE TUMEUR ENDOCRINE Année du diagnostic :

préciser :

Autres lésions évoquant une NEM 2, une NEM1, une NF1, un VHL Oui Non

si oui, préciser :

Antécédents familiaux évocateurs d'une forme héréditaire Oui Non

si oui, préciser :

Prélèvement à acheminer au laboratoire dans un emballage adapté à **température sous 72h** au plus tard le vendredi avant 15h. Pour plus d'informations consulter le Manuel de prélèvement du laboratoire : https://www.institutjeangodinot.fr/fr/a_votre_service/manuels/#content

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

Réceptionné par : Le :/...../..... à :h.....

Prélèvement conforme : Oui Non si non, pour quelle raison :

Concordance prélèvement / prescription / cryotube : Oui Non

Les informations médicales confidentielles et l'arbre généalogique sont accessibles sur le logiciel MEDIFIRST® Intranet de l'IJG (mot de passe obligatoire).