

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	Prénom :	ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse complète Rue : Code postal : Ville :		ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
N° Mutuelle :		
N° Matricule :		
Titulaire :		

### MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :	Copie à :
N° INAMI :	
Adresse :	
Téléphone :	Date et signature :

### PRELEVEMENT (indiquer clairement le nom, prénom et date de naissance du patient **sur tous les tubes**)

Sang / Tube EDTA 10 mL	<b>E</b>	Conservation entre 2 et 8°C)
Date et heure de prélèvement : .....		Date et heure de réception : .....

#### PATIENT

#### MEDECIN

**A compléter par le patient:** "Je déclare avoir reçu des informations claires sur l'utilité pour moi-même ainsi que pour ma famille de réaliser les analyses demandées. J'ai été informé(e) que les résultats de ces analyses me seront uniquement transmis lors d'une consultation en génétique et qu'aucun résultat ne sera transmis par téléphone. Les résultats de ces analyses pourront être utilisés à des fins de prévention/diagnostic pour mes apparentés à risque et je suis d'accord qu'ils soient informés du résultat de mes analyses.

POUR ACCORD, date : ..... ; Signature : .....

**A compléter par le médecin prescripteur:** J'ai été informé(e) que les résultats de ces analyses seront transmis à la patiente lors d'une consultation en génétique. Un rendez-vous en consultation de génétique est fixé 3 mois après le prélèvement et la demande d'analyse.

POUR ACCORD, signature : .....

### CONTACTS dispa.genetique@chu.ulg.ac.be

**Oncogénétique Moléculaire**  
 Dr Sc. K. SEGERS / Dr Sc. A. HENRY - Secrétariat : 04/366.24.78

**Génétique clinique**  
 Dr V.BOURS - Secrétariat : 04/366.71.24

## 1. RECHERCHE DE MUTATION GERMINALE

- **PRÉLÈVEMENT SANGUIN SUR TUBE EDTA, DEUX PRÉLÈVEMENTS INDÉPENDANTS A REALISER !**

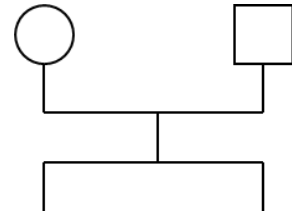
- **INDICATION DE L'ANALYSE OBLIGATOIRE :**

- Cancer de l'ovaire de type épithélial
- Cancer du sein < 35 ans
- Cancer du sein triple négatif < 50 ans

(Pour toutes autres indications, une consultation en génétique est obligatoire !)

Autres antécédents oncologiques personnels et/ou familiaux :

.....  
.....  
.....



- **Délai prévu de l'analyse :** 10-12 semaines

(Rendez-vous en consultation de génétique à fixer 3 mois après le prélèvement)

**Si urgence :**

Motif de l'urgence : .....

Délai souhaité : .....

Si < 8 semaines : veuillez prendre contact avec la responsable de l'analyse [Karin.Segers@chuliege.be](mailto:Karin.Segers@chuliege.be) ou 04/366.24.73.

## 2. RECHERCHE DE MUTATION SOMATIQUE SUR TUMEUR

- **Analyse germinale déjà réalisée ?**

- Oui
- Non : prélèvement supplémentaire sang sur EDTA recommandé

- **Données cliniques :** .....

- **Référence tumeur :** .....

- **Délai prévu de l'analyse :** +/- 8 semaines

**Si urgence :**

Motif de l'urgence : .....

Délai souhaité : .....

Si < 6 semaines : veuillez prendre contact avec la responsable de l'analyse [Karin.Segers@chuliege.be](mailto:Karin.Segers@chuliege.be) ou 04/366.24.73.

## CONTACTS

[dispa.genetique@chu.ulg.ac.be](mailto:dispa.genetique@chu.ulg.ac.be)

Oncogénétique Moléculaire

Dr Sc. K. SEGERS / Dr Sc. A. HENRY - Secrétariat : 04/366.24.78

Génétique clinique

Dr V.BOURS - Secrétariat : 04/366.71.24