

Indiquer la DDN Sexe et l'IPP
uniquement

NE PAS COLLER D'ÉTIQUETTE
CGFL ou Etablissement –
RESERVE ÉTIQUETTE MYRIAD
LABO

Test tumoral permettant d'orienter les décisions de traitement
par inhibiteurs de PARP.



Myriad Genetic Laboratories, Inc.
320 Wakara Way
Salt Lake City, Utah 84108
États-Unis d'Amérique
customersupport@myriadgenetics.us

Myriad Genetics GmbH
Leutschenbachstrasse 95
8050 Zurich - Suisse
www.myriadgenetics.eu

MYRIAD
myChoice[®] CDx PLUS

COLLEZ UNE ÉTIQUETTE CODE-BARRES ICI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TEST

- ✓ Veuillez remplir intégralement le formulaire afin d'éviter tout retard
- ✓ Veuillez remplir le document en LETTRES MAJUSCULES

PATIENT

Date de naissance (JJ-MMM-AAAA) :

Sexe : féminin masculin

N° d'identification du patient :
(propre à votre établissement de santé)

DONNÉES DE FACTURATION (COMMUNIQUÉES PAR MYRIAD)

N° d'identification du payeur* : B17566

ou
N° de recherche* :

ou
N° de coupon* :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : BOIDOT Titre : Docteur

Prénom : Romain N° d'identification clinique : FR-175B
(communiqué par Myriad)

Établissement : CGFL Département de Biologie et de Pathologie des Tumeurs Inserm U1231

N°, rue : 1, rue Professeur Marion

code postal, ville : 21079 Dijon Téléphone de jour : :0380737767

Pays : France Fax : :03 80 73 77 82

E-mail : RBoidot@cgfl.fr

* Afin d'obtenir, au préalable, ces identifiants indispensables pour effectuer la demande de test, veuillez contacter Myriad à l'adresse : info@myriadgenetics.us

TEST DEMANDÉ

myChoice Europe - Myriad myChoice[®] CDx PLUS est utilisé pour détecter le déficit de recombinaison homologue (RHO) (GIS) et le statut mutationnel de BRCA1/BRCA2 de la tumeur dans l'ADN génomique extrait d'échantillons tumoraux présentant un cancer de l'ovaire, au traitement par certains inhibiteurs de la poly (ADP-ribose) polymérase (PARP) ou de plus, les analyses de séquençage et des réarrangements importants sont effectuées sur toutes les régions analysées en utilisant plusieurs types de cancer : ATM, BARD1, BRIP1, CDK12, CHEK1, CHEK2, FANCL, PALB2, PPP2R2A, RAD51B, RBBP8, RBBP9, RBBP7, RBBP4, RBBP1, RBBP2, RBBP3, RBBP10, RBBP11, RBBP12, RBBP13, RBBP14, RBBP15, RBBP16, RBBP17, RBBP18, RBBP19, RBBP20, RBBP21, RBBP22, RBBP23, RBBP24, RBBP25, RBBP26, RBBP27, RBBP28, RBBP29, RBBP30, RBBP31, RBBP32, RBBP33, RBBP34, RBBP35, RBBP36, RBBP37, RBBP38, RBBP39, RBBP40, RBBP41, RBBP42, RBBP43, RBBP44, RBBP45, RBBP46, RBBP47, RBBP48, RBBP49, RBBP50, RBBP51, RBBP52, RBBP53, RBBP54, RBBP55, RBBP56, RBBP57, RBBP58, RBBP59, RBBP60, RBBP61, RBBP62, RBBP63, RBBP64, RBBP65, RBBP66, RBBP67, RBBP68, RBBP69, RBBP70, RBBP71, RBBP72, RBBP73, RBBP74, RBBP75, RBBP76, RBBP77, RBBP78, RBBP79, RBBP80, RBBP81, RBBP82, RBBP83, RBBP84, RBBP85, RBBP86, RBBP87, RBBP88, RBBP89, RBBP90, RBBP91, RBBP92, RBBP93, RBBP94, RBBP95, RBBP96, RBBP97, RBBP98, RBBP99, RBBP100.

SIGNATURE AUTORISÉE (médecin/professionnel de santé)

Par la présente, j'autorise le test et confirme que le patient a donné son consentement éclairé concernant l'envoi de tissu à Myriad, aux États-Unis, pour analyse. Je confirme que ce test est nécessaire du point de vue médical et que les résultats seront utilisés pour la prise en charge médicale du patient et les décisions thérapeutiques le concernant. Je déclare que les données cliniques figurant sur ce formulaire de demande de test sont correctes et qu'elles se rapportent au patient mentionné ci-dessus. J'atteste que la personne indiquée dans la rubrique consacrée au médecin prescripteur ci-dessus est autorisée par la loi, dans la juridiction compétente, à commander le test demandé sur le présent document.

Signature : Date (JJ-MMM-AAAA) :

DONNÉES CLINIQUES

 Veuillez renseigner les informations suivantes :

Cancer de l'ovaire (ovaire, trompe de Fallope, péritoine)

Âge lors du diagnostic : Date de la biopsie / chirurgie :

Cancer du sein

Date (JJ-MMM-AAAA)

Transmettez ce formulaire de demande de test au laboratoire dans lequel se trouve l'échantillon tumoral.

INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON : À REMPLIR PAR LE PATHOLOGISTE

 (les instructions complètes figurent sur la notice de préparation et d'envoi de l'échantillon).

Les échantillons doivent de préférence contenir au moins 20 % de tumeur par examen pathologique. Une teneur insuffisante en ADN tumoral dans l'échantillon tumoral fourni peut entraîner l'échec de la composante "statut du score d'instabilité génomique (GIS)" du test.

Pour obtenir un kit de prélèvement d'échantillon, veuillez nous contacter à : info@myriadgenetics.fr

Type de tissu fourni (par exemple, ovaire) :

N° d'identification de l'échantillon*

L'échantillon fourni est du tissu fixé*

* Seuls les tissus fixés peuvent être testés au moyen de Myriad myChoice[®] CDx PLUS. Des coupes fixées au formol et incluses dans la paraffine (FFPE) sont préférables lorsque celles-ci sont disponibles. Les échantillons traités avec d'autres fixateurs peuvent cependant également être testés.

* Numéro d'identification de l'échantillon tel qu'il apparaît sur les blocs de tissu ou les lames fournis à Myriad. Les numéros d'identification fournis doivent correspondre exactement à l'échantillon fourni et au compte-rendu anatomo-pathologique anonymisé. Dans le cas contraire, le test sera retardé.

REMARQUE : UNE COPIE DU COMPTE-RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE ANONYMISÉ DOIT ÊTRE ENVOYÉE AVEC L'ÉCHANTILLON.

RETOUR DE L'ÉCHANTILLON

Je demande le retour de l'échantillon restant.*

Prénom et nom : Dr BOIDOT Romain Adresse complète : CGFL Département de Biologie et de Pathologie des Tumeurs 1, rue Professeur Marion 21079 Dijon

E-mail / Téléphone : RBoidot@cgfl.fr Tel:0380737767 *Si aucune adresse n'est fournie, tout tissu tumoral restant après le test sera détruit et ne pourra être retourné.

RÉSERVÉ À UN USAGE INTERNE : Centre de facturation BIE

Pour obtenir des informations, ou pour toute question relative à la politique de confidentialité de Myriad, veuillez consulter notre site internet à l'adresse : <https://myriadgenetics.eu/>

Myriad, le logo Myriad, Myriad myChoice, Myriad myChoice CDx PLUS et le logo Myriad myChoice CDx PLUS sont des marques déposées ou commerciales de Myriad Genetics, Inc. aux États-Unis et à l'étranger. ©2020, Myriad Genetics GmbH. Le présent formulaire ne doit être utilisé que pour des échantillons prélevés en dehors des États-Unis d'Amérique.

Informez la patiente, dater et
signer la prescription ici

Cocher
l'indication,
remplir l'âge au
diagnostic et la
date de chirurgie

Si le n° anapath
est connu, vous
pouvez le
mentionner ici