

Numéro de dossier	
Date de réception	
Numéro de la demande	

(Réservé à LabGenetics)

**DEMANDE DE DIAGNOSTIC GÉNÉTIQUE DE MALADIES NEOPLASIQUES**

PATIENT OU DONNEUR DE L' ÉCHANTILLON		
Prénom	Nom:	
Carte d'Identité:	Âge:	N° Dossier Clinique:
Antécédents:		

CENTRE MÉDICAL OU LABORATOIRE		
Nom o Raison Sociale:		CIF/NIF:
Adresse:		Ville:
Province:	Code Postal:	Province:
Fax:	Courrier électronique :	

ÉCHANTILLONS ENVOYÉS*		
Référence	Type d'échantillon (Brève description)	Code LabGenetics

ANALYSE DEMANDÉ	
<input type="checkbox"/> <b>CANCER DU SEIN/OVAIRE</b>	<input type="checkbox"/> <b>MELANOME CUTANÉ MALIN (CMM2)</b>
<input type="checkbox"/> Exons 2, 3, 5, 8, 11, 18, 20 et 23 du gène BRCA1:	<input type="checkbox"/> <b>NÉOPLASIE MULTIPLE ENDOCRINE TYPE 1 (MEN1)</b>
<input type="checkbox"/> Séquençage complet du gène BRCA1	<input type="checkbox"/> <b>NÉOPLASIE MULTIPLE ENDOCRINE TYPE 2 (MEN2)</b>
<input type="checkbox"/> Exons 2, 10, 11 et 23 du gène BRCA2	<input type="checkbox"/> <b>NEUROFIBROMATOSE TYPE 1</b>
<input type="checkbox"/> Séquençage complet du gène BRCA2	<input type="checkbox"/> <b>NEUROFIBROMATOSE TYPE 2</b>
<input type="checkbox"/> <b>CANCER DU COLON FAMILIAL SANS POLYPES 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>ONCOGÈNE BRAF</b>
<input type="checkbox"/> Étude d'instabilité de microsatellites	<input type="checkbox"/> <b>ONCOGÈNE K-RAS</b>
<input type="checkbox"/> Séquençage complet du gène MSH2	<input type="checkbox"/> <b>PARANGLIOME FAMILIAL TYPE 1</b>
<input type="checkbox"/> <b>CANCER DU COLON FAMILIAL SANS POLYPES 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>PARANGLIOME FAMILIAL MALIN</b>
<input type="checkbox"/> Étude d'instabilité de microsatellites	<input type="checkbox"/> <b>POLIPOSE ADENOMATOSE FAMILIALE (FAP)</b>
<input type="checkbox"/> Séquençage complet du gène MLH1	<input type="checkbox"/> <b>POLIPOSE MULTIPLE</b>
<input type="checkbox"/> <b>CARCINOMÉ MÉDULAIRE DE LA THYROÏDE</b>	<input type="checkbox"/> <b>RETINOBLASTOME</b>
<input type="checkbox"/> Exons 10, 11, 13, 14 et 16 du gène RET	<input type="checkbox"/> <b>SYNDROME DE DIGEORGE</b>
<input type="checkbox"/> Séquençage complet du gène RET	<input type="checkbox"/> <b>SYNDROME DE LI-FRAUMENI</b>
<input type="checkbox"/> <b>MALADIE DE COWDEN</b>	<input type="checkbox"/> <b>SYNDROME DE VON HIPPEL-LINDAU</b>
<input type="checkbox"/> <b>SCLÉROSE TUBÉREUSE (TSC1 Y TSC2)</b>	<input type="checkbox"/> <b>SYNDROME LYMPHOPROLIFÉRATIF AUTO-IMMUN</b>
<input type="checkbox"/> <b>INSTABILITÉ GÉNÉTIQUE</b>	<input type="checkbox"/> <b>TUMEUR DE WILMS (NEPHROBLASTOME)</b>
<input type="checkbox"/> <b>DIAGNOSTIC A LA CARTE:</b> _____	

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 200\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

L'ensemble des informations à caractère personnel contenues dans le présent formulaire sont incorporées, tout comme les résultats des analyses, à un fichier qui reste sous la responsabilité de LabGenetics. Conformément à la législation en vigueur, toutes les personnes évoquées sur le présent document pourront exercer leur droit d'opposition, d'accès, de rectification et d'annulation, par voie de courrier électronique dûment identifié, à l'adresse [info@labgenetics.com.es](mailto:info@labgenetics.com.es).

<b>Envoi des Résultats</b>	<input type="checkbox"/> Courrier ordinaire	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Courrier électronique
----------------------------	---	------------------------------	--