

Service d'Oncogénétique : Dr Anika BENSEN, Dr Virginie BUBIEN, Dr Tiphaine RENAUD, Angela BABIN, Anaïs DUPRÉ, Eglantine JOLLY

Identité du patient :

Identité du demandeur de l'avis :

Nom de naissance :

Médecin : Oui Non

Nom usuel :

Nom et prénom :

Prénom :

Date de naissance :

NIP (si patient IB) :

Adresse :

Adresse postale :

Numéro de téléphone :

Numéro de téléphone :

Adresse email :

Adresse email :

Motif de la demande URGENTE :

- Indication théranostique * (si thérapie ciblée envisagée, ex : iPARP) * Merci de bien vouloir préciser la molécule :
- Indication radio-chirurgicale (ex : demande de mastectomie thérapeutique si mutation, KS < 36 ans pour explorer TP53)
- Pronostic vital engagé (NB : nos délais de consultation sans urgence sont > 6mois)
- Autre (merci de préciser) :

Histoire tumorale du patient :

- Localisation tumorale primitive :
- Type histologique :
- Âge au diagnostic :
- En situation : Adjuvante Métastatique
- Analyse(s) somatique(s) réalisé(e)s ou en cours * : Aucune BRCA HRD Test RER Autre (préciser)

* Merci de bien vouloir joindre les résultats si disponibles

Histoire tumorale familiale : Oui * Non

* Merci de bien vouloir préciser :

Organisation de la consultation (Merci d'informer votre patient(e) de la demande que vous faite) :

- Une consultation de groupe est-elle possible (patient(e) mobilisable, autonome, francophone etc.): Oui Non
- Délai attendu pour les résultats : 2-3 mois (minimum) 4-6 mois > 6mois

Secrétariat d'Oncogénétique : tél. : 05.56.33.32.93 – 05.56.33.04.39 / sec.oncogene@bordeaux.unicancer.fr

Merci de privilégier un **envoi de ce formulaire par mail** et de joindre les principaux éléments du dossier à la demande