

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DE DEMANDE D'ANALYSES FACTURABLES PGMC – GCS PARC* ADN CIRCULANT

* Plateforme de Génétique Moléculaire des Cancers – Groupement de Coopération Sanitaire « Pôle Aquitain de Recours en Cancérologie »

1. CONTACT SERVICE DE FACTURATION

La facturation des examens réalisés par le CHU de Bordeaux et/ou l'Institut Bergonié à l'établissement prescripteur est mise en place selon l'**INSTRUCTION N° DGOS/PF4/DSS/1A/2018/101 du 16 avril 2018 relative aux actes de biologie médicale et d'anatomopathologie hors nomenclatures éligibles au financement au titre de la mission d'intérêt général d'enseignement, de recherche, de rôle de référence et d'innovation G03, aux règles de facturation de ces actes et aux modalités de délégation associées.**

CHU DE BORDEAUX : cellule de facturation des laboratoires 05 57 82 11 26 facturation.biologie@chu-bordeaux.fr
INSTITUT BERGONIE : bureau de facturation des laboratoires 05 56 33 78 35 facturation@bordeaux.unicancer.fr

2. CONTACTS PLATEFORME DE GENETIQUE MOLECULAIRE DES CANCERS EN AQUITAINE (PGMC)

CHU de Bordeaux – Pr Dubus

Service de biologie des tumeurs-Tumorothèque - Hôpital Haut-Levêque – Av. de Magellan – 33604 Pessac

☎ 05 57 65 67 68 (sec) – 05 57 65 68 67 (fax)

✉ biologie-tumeurs@chu-bordeaux.fr - biologie-tumeurs@chu-bordeaux.mssante.fr

Catalogue des analyses disponible à : <https://catalogue-biologiepathologie.chu-bordeaux.fr/>

Institut Bergonié – Dr Soubeyran

Département de biopathologie – Unité de pathologie moléculaire – 229 cours de l'Argonne – 33076 Bordeaux

☎ 05 56 33 04 36/37 (sec) - 05 56 33 04 38 (fax)

✉ sec.acp-pam@bordeaux.unicancer.fr - sec.acp-pam@bergonie.mssante.fr

Catalogue des analyses disponible :

- **Via portail de prescriptions connectées** : <https://prescriptions.bordeaux.unicancer.fr>
- **Ou sur le site** : <https://www.bergonie.fr/diagnostic-et-traitements/laboratoire/>

Unité de Pathologie Moléculaire – Référence du document : PAM-DCO-0002

Information : Décret n° 2023-1426 du 30 décembre 2023 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne

L'article R1131-4-2 précise les obligations du prescripteur avant de procéder à la prescription de l'examen des caractéristiques génétiques somatiques d'une personne. Il met en avant la nécessité d'informer cette personne sur les risques associés à ces analyses larges de la tumeur.

Le prescripteur doit informer la personne de la possibilité que l'examen de ses caractéristiques génétiques somatiques révèle des caractéristiques génétiques constitutionnelles, pouvant être à l'origine d'une affection grave nécessitant des mesures de prévention/de soin/de consultation génétique. Il est souligné que le résultat de l'examen sera confirmé par un laboratoire de biologie médicale autorisé, conformément à la réglementation en vigueur. Le prescripteur est tenu d'établir une attestation certifiant qu'il a bien communiqué toutes ces informations à la personne concernée, et cette attestation doit être ajoutée au dossier médical de la personne.



Le bon de commande vaut engagement du prescripteur

PRESCRIPTION ADN CIRCULANT PGMC – GCS PARC

CETTE PRESCRIPTION VAUT BON DE COMMANDE AUPRES DU LABORATOIRE DE LA PGMC

A compléter par le médecin prescripteur

Identification de l'Institution/clinicien en charge du patient
(obligatoire)

NOM, PRENOM : _____

ADRESSE : _____

TEL : _____

SIGNATURE : _____

ETABLISSEMENT DU PRESCRIPTEUR A FACTURER : _____

N° FINESS : _____

Identification PATIENT *(ou étiquette)*

NOM D'USAGE | _____

NOM DE FAMILLE *(nom de naissance)* | _____

PRENOM DE L'ETAT CIVIL | _____

SEXE M F NE(E) LE | | | | | | | |

ADRESSE | _____

CP | _____ | VILLE | _____

NUMERO DE SS | _____

VILLE DE NAISSANCE | _____ | CP | _____

<input type="checkbox"/> Cancer broncho-pulmonaire	<input type="checkbox"/> Cancer colorectal	<input type="checkbox"/> Cancer du sein	<input type="checkbox"/> Autre: _____
↓	↓	↓	↓
<input type="checkbox"/> Primo-détermination <input type="checkbox"/> biopsie tissulaire non réalisable <input type="checkbox"/> analyse tissulaire moléculaire non contributive	<input type="checkbox"/> Primo-détermination <input type="checkbox"/> biopsie tissulaire non réalisable <input type="checkbox"/> analyse tissulaire moléculaire non contributive	<input type="checkbox"/> Mutations de résistance ESR1 <input type="checkbox"/> Mutations PIK3CA	<input type="checkbox"/> Primo-détermination <input type="checkbox"/> biopsie tissulaire non réalisable <input type="checkbox"/> analyse tissulaire moléculaire non contributive
<input type="checkbox"/> Rechute clinique sous thérapie ciblée → indiquer la mutation de sensibilité initiale : _____ → indiquer le gène : _____	<input type="checkbox"/> Mutations de résistance à une thérapie ciblée anti-EGFR <input type="checkbox"/> re-introduction aux anti-EGFR <input type="checkbox"/> primo-détermination	Stade <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Métastases <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> viscérales <input type="checkbox"/> osseuses	<input type="checkbox"/> Mutations de résistance → indiquer la mutation de sensibilité initiale : _____ → indiquer le gène : _____
Traitement actuel : <input type="checkbox"/> TKI anti-_____ 1è/2è génération <input type="checkbox"/> TKI anti-_____ 3è génération <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Surveillance (aucun)	Présence de métastases hépatiques <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Traitement actuel : <input type="checkbox"/> Anticorps anti-EGFR <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Surveillance (aucun)	Ligne de traitement <input type="checkbox"/> 1è <input type="checkbox"/> 2è <input type="checkbox"/> 3è <input type="checkbox"/> 4è Traitement actuel : <input type="checkbox"/> Surveillance (aucun) <input type="checkbox"/> Tamoxifène <input type="checkbox"/> Anti-aromatase <input type="checkbox"/> SERD <input type="checkbox"/> Anti-CDK4/6 <input type="checkbox"/> Autre : _____	Traitement actuel : <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée (nom de la molécule à préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Autre : _____

Prélèvement : Date : _____ Heure : _____

Date et heure d'envoi : _____ Date et heure de réception : _____

Joindre

- Prélèvements **(2 tubes)**
- Fiche de prescription « ADN Circulant »
- Compte-rendu moléculaire et anatomo-pathologique si inconnu du laboratoire

Envoi

Plateforme de Génétique Moléculaire des Cancers

CHU de Bordeaux ou Institut Bergonié

Prélèvements

- **2 Tubes spécifiques** → réception dans un délai de **3-4j à T° ambiante**
(Tube Roche ou Streck)
- **2 Tubes EDTA 7 ml** → réception dans un délai de **3h à T° ambiante**

Technique demandée

Technique ciblée (1 seul gène) (N005+N504)

Targeted NGS (< 20 gènes) (N005+N452 ou N453 selon panel)

Expanded NGS (>21 gènes) (N005+N454)

Version 6 – Sept 2024